

DES
KYSTES SÉBACÉS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le mercredi 18 mars 1885

PAR

LUCIEN-GUSTAVE LUQUET

Né le 1^{er} novembre 1859



CHATEAU-CHINON

IMPRIMERIE G. LUQUET

Mars 1885

DES
KYSTES SÉBACÉS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le mercredi 18 mars 1885

PAR

LUCIEN-GUSTAVE LUQUET

Né le 1^{er} novembre 1859



CHATEAU-CHINON

IMPRIMERIE G. LUQUET

Mars 1885

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN.
BONDET.	} ASSESSEURS.
CROLAS.	
MONOYER	

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, B. TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	{ BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	OLLIER.
Clinique ophtalmologique	TRIPPIER (LÉON).
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BOUCHACOURT.
Clinique des maladies mentales	GAYET.
Physique médicale	GAILLETON.
Chimie minérale	PIERRET.
Chimie organique et toxicologique	MONOYER.
Matière médicale et Botanique	GLÉNARD.
Zoologie et Anatomie comparée	CAZENEUVE.
Anatomie	CAUVET.
Anatomie générale et histologie	LORTET.
Physiologie	PAULET.
Pathologie interne	RENAUT.
Pathologie externe	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales	J. TEISSIER.
Anatomie pathologique	BERNE.
Médecine opératoire	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée	TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine légale	PONCET.
Hygiène	CHAUVEAU.
Thérapeutique	LACASSAGNE.
Pharmacie	ROLLET.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEURS ADJOINTS

Clinique médicale.	MM. RAMBAUD.
Cours complémentaire d'Accouchements	DELORE.

CHARGÉS DES CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Femmes	MM. LAROYENNE, chargé du cours.
Clinique des Maladies des Enfants	PERROUD, chargé du cours.

AGRÉGÉS

MM. BARD	MM. DEBIERRE	MM. PERRET	MM. VINAY	Chargé
BEAUVISAGE	LAURE	POLLOSSON	VINCENT	des Fonctions d'Agrégé
BOUVERET	LEVRAT	POULLET		M. CHARPY
CHANDELUX	LINOSSIER	SABATIER		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. BERNE, président ; M. OLLIER, assesseur ; MM. CHANDELUX et POLLOSSON, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

et

A MA MÈRE

Reconnaissance éternelle

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR PIERRE RIGAL

AU D^r PAUL LEMOINE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNE

Mon président de thèse

A MON MAITRE

MONSIEUR LE D^r A. CHANDELUX

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
chef des travaux d'Anatomie générale



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553414_0051

INTRODUCTION

L'étude des kystes sébacés paraît, au premier abord, si connue, qu'on jugerait inutiles des recherches nouvelles et cependant, qui voudra bien lire ce travail, se convaincra aisément, qu'il est loin d'en être ainsi. La pathogénie de ces tumeurs, jusqu'à ces dernières années, constituait un problème encore fort obscur. Aussi, avons-nous été séduit par le désir d'en faire l'objet de notre thèse inaugurale, sur la proposition de M. le docteur Chandelux, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon.

Que notre cher maître reçoive ici, avec nos remerciements, l'assurance de notre profonde gratitude, pour ses excellents conseils et la bienveillance si marquée qu'il nous a toujours témoignée durant le cours de nos études médicales.

Le plan que nous avons adopté est simple, rationnel. Après avoir montré l'importance anatomique et physiologique du système cutané dans ses éléments essentiels et sécréteurs, nous avons exposé l'histoire des kystes sébacés. Puis nous avons insisté sur la pathogénie de ces tumeurs qui, croyons-nous, était

encore entièrement à faire. Enfin, nous en avons tracé une histoire clinique complète.

Nous avons glané nos faits à travers le champ si vaste de la littérature médicale, tant en France qu'à l'étranger. Nous l'avouons, nous avons fait de nombreux emprunts aux monographies de nos devanciers. Nous devons surtout beaucoup à notre chère école lyonnaise, mais nous n'avons rien accepté sans contrôle, sans discussion.

L'historique de notre question, des vues spéciales sur le rôle anatomique de la peau, puisées aux savantes leçons de M. le professeur Renaut, une interprétation pathogénique des kystes sébacés tout autre que celle des classiques, des recherches sur la calcification de ces tumeurs sont autant de nouveautés. Puissent ces considérations racheter les points faibles de notre travail et nous valoir quelque bienveillance ! D'ailleurs, en pathogénie, notre opinion n'est que le fidèle reflet de celle de M. Chandelux, notre maître.

Que M. le professeur Berne qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous permette de lui en témoigner ici notre sincère reconnaissance.

ANATOMIE NORMALE

Le système cutané représente l'un des appareils les plus compliqués de l'économie, tant au point de vue de l'anatomie que de la physiologie.

Anatomiquement, on peut définir la peau : une membrane élastique et résistante, qui limite de toutes parts la surface du corps et qui se continue, au niveau des orifices extérieurs, avec un système de membranes tapissant diverses cavités du corps, système qui constitue les muqueuses.

Nous allons étudier la peau au double point de vue de l'anatomie descriptive et de l'histologie.

1° Anatomie descriptive

La peau se moule sur les parties sous-jacentes et en arrondit les formes.

Ses dimensions sont sensiblement plus considérables que la surface du corps. Sur plusieurs points, elle se prolonge sous forme de replis, au vagin, par exem-

ple, où elle constitue les grandes et les petites lèvres, ou bien elle s'invagine au niveau de certains orifices, tel que le pavillon de l'oreille. D'après Sappey, sa superficie totale, chez un homme de taille moyenne, est de 15,000^{cc}. Dans les mêmes circonstances, elle serait un peu moindre chez la femme, soit 11,500^{cc}.

L'épaisseur de la peau est très variable suivant les régions. Elle varie d'ordinaire de $\frac{1^{\text{mm}}}{2}$ à 4^{mm} ; la membrane du tympan est le point où elle présente sa plus grande minceur.

La couleur est plus variable encore. Elle diffère avec l'âge, avec le tempérament, les saisons et les régions du corps. La cause la plus tranchée de ces différences est la race. Mais l'influence de la race est absolument indépendante du climat, car on trouve des Mongols jusqu'à l'extrême nord, et des Indiens à la peau rouge cuivre au Brésil, directement sous l'Équateur. Ces faits tiennent simplement à une disposition anatomique.

La peau présente une face superficielle et une face profonde.

La *face superficielle* dessine les formes. Elle n'est pas régulière ; dans certains points, elle présente des poils, dans d'autres des séries de plis et de sillons. Bichat classait les éminences de cette face en quatre groupes :

1^o Les *plis dûs à la contraction musculaire*. — On les rencontre surtout à la face, au scrotum, là où la peau fournit des points d'insertion aux muscles, jouant ainsi le rôle de squelette.

2^o Les *plis de locomotion*, qui sont dûs aux mouvements des articulations ; surtout remarquables aux

pieds et aux mains, ils peuvent fournir des points de repère utiles à l'opérateur.

3^o Les *rides de la sénilité*, dont la cause véritable est l'atrophie des parties sous-jacentes, atrophie surtout marquée pour le panicule graisseux.

4^o Les *séries papillaires*, sur lesquels nous reviendrons en traitant des annexes de la peau.

Enfin, on trouve encore sur cette surface une grande quantité d'orifices glandulaires.

La *face profonde* est très irrégulière et répond immédiatement au panicule graisseux qui n'en est guère séparable.

Le panicule graisseux représente une série de loges plus ou moins régulières, circonscrites par les cônes fibreux qui viennent du derme et dont les fibres vont se dissocier sur les aponévroses sous-jacentes. On comprend, dès lors, combien son union avec la peau est intime. Son épaisseur varie avec l'âge, avec l'état de santé, avec l'individu. Il manque constamment là où la peau fournit des insertions musculaires, à la face, à l'aréole, au scrotum par exemple.

2^o Histologie de la peau

Sans parler des annexes que nous lui décrirons plus tard avec détails, le tégument est un appareil très complexe, dont la structure est de la plus haute importance à connaître.

On sait que le résultat de la fécondation se traduit initialement par la segmentation du vitellus de l'ovule.

On sait, en outre, que les premiers phénomènes auxquels aboutit ce travail, sont la formation du blastoderme et sa division en trois feuillets distincts : l'*entoderme*, l'*ectoderme* et le *mésoderme*. On sait, enfin, que le feuillet moyen se clive plus tard en deux plans, dont l'un, la *lamelle fibro-cutanée* va doubler le feuillet externe, tandis que l'autre, la *lamelle fibro-intestinale*, se comportera comme sa congénère à l'égard du feuillet interne. Mais les feuillets interne et externe constituent chacun une zone régulière d'éléments cellulaires et représentent pour ainsi dire un pavé ; en un mot, ce sont des lames épithéliales, fondamentalement différentes du mésoderme, dont les éléments disposés sans régularité représentent une masse cellulaire. Enfin, ces deux feuillets diffèrent encore du mésoderme par l'absence de vaisseaux : ils n'en auront jamais.

Ces quelques données d'embryologie nous ont paru nécessaires pour bien faire comprendre la structure de la peau, qui est formée par l'ectoderme uni à une partie de la lame fibro-cutanée du mésoderme. De là deux couches aussi différentes par leur constitution que par leur origine ; l'*épiderme* et le *derme*.

Épiderme, derme avec ses vaisseaux sanguins, ses lymphatiques et ses pièces musculaires, voilà quelles sont les parties fondamentales de la peau. On y trouve, en outre, des rameaux nerveux.

1^o *Ectoderme*. — Dès le début, l'ectoderme forme une vaste nappe autour de l'embryon, mais il ne présente ni les bourgeons, ni les saillies qui paraîtront plus tard au moment de la formation des glandes

et des diverses phanères : *il est absolument planiforme.*

A l'état adulte, il est formé par une série de plans cellulaires dont les éléments sont disposés en couches plus ou moins régulières. Ces couches, au nombre de quatre, sont, en allant de la profondeur à la périphérie : 1^o la couche génératrice ; — 2^o le réseau de Malpighi ; — 3^o la couche granuleuse ; — 4^o le stratum corneum.

La *couche génératrice* est formée par des cellules cylindriques, possédant un noyau muni d'un nucléole brillant, et entouré par une zone protoplasmique. C'est dans cette masse protoplasmique, mais toujours en dehors du noyau, que se déposent les grains de pigment, dont les caractères sont si variables suivant les races et dont l'origine est absolument inconnue. Il est probable que la matière colorante du sang et la lumière ne sont pas indifférentes à sa production. Toujours est-il que les cellules cylindriques paraissent douées d'une vitalité extrême, car elles absorbent activement les matières colorantes.

Les cellules cylindriques sont implantées perpendiculairement à la surface festonnée du derme sur la limitante vitrée. Elles sont reliées entre elles par des prolongements qui hérissent les parties latérales de chaque cellule et qui représentent des pointes de schultze rudimentaires. En outre, on voit au-devant des cellules des sortes de stries, parallèles à leur axe longitudinal, qui vont se continuer sur les cellules de la couche immédiatement sus-jacente : ce sont les *côtes unitives*. Max Schultze croyait que les pointes

s'engrenaient, mais M. Ranvier a démontré qu'elles se juxtaposaient simplement. L'union est plus intime encore, car entre les diverses cellules, on rencontre des travées d'une matière spéciale qui réduit l'argent, c'est le *ciment intercellulaire*.

Immédiatement au-dessus de la couche génératrice, on trouve le *stratum de Malpighi*, dont l'épaisseur varie suivant les régions. Là, les cellules sont polyédriques. Elles sont reliées entre elles et à la couche cylindrique par les pointes de Schultze et par les travées cimentaires.

Arrivées à la *couche granuleuse*, les pointes protoplasmiques ont totalement disparu; les éléments ne sont plus unis entre eux et aux zones voisines que par le ciment. Les cellules ne forment que trois ou quatre couches et sont constituées par un protoplasma granuleux, qui renferme une grande quantité de petites boules ou granulations colorées en bleu foncé par l'hématoxyline, en rouge par le carmin, granulations auxquelles M. Ranvier a donné le nom d'*Eléidine*. Suivant M. Ranvier, ce phénomène, joint à l'atrophie du noyau, atrophie qui commence déjà dans le corps muqueux de Malpighi, ne serait que l'un des stades de la transformation épidermique des cellules.

Le *stratum corneum* surmonte la couche granuleuse. Les cellules de cette couche sont aplaties, comme foliacées et soudées entre elles par un ciment extrêmement résistant. A mesure qu'on s'éloigne de la couche granuleuse le noyau continue à s'atrophier de plus en plus, tandis que le protoplasma devient plus homogène et se charge d'une matière spéciale, la

Kératine. Les cellules de la lame superficielle de cette couche sont le siège d'une desquamation incessante.

Ainsi, l'ectoderme est constitué par une série de plans cellulaires superposés, dont le but physiologique est la transformation cornée des éléments qui constituent les lames superficielles. Cette évolution cornée, qui commence dans le corps muqueux de Malpighi, se continue par l'atrophie progressive du noyau dans les couches supérieures. Mais, pour que la cellule arrive à l'état corné, la persistance de ce noyau est indispensable : la cellule morte ne se kératinise jamais. Il est des cas où l'atrophie du noyau n'est jamais complète ; dès lors la corne s'accumule pour ainsi dire indéfiniment. C'est ce qui se produit dans le bourrelet corné qui entoure l'ulcère caractéristique du mal perforant plantaire.

Mais comment les cellules ectodermiques se multiplient-elles afin de suffire au remplacement de celles qui disparaissent incessamment par la desquamation ? Les avis sont partagés. Pour Lott, (*Centralblatt*, 1875), ce seraient les cellules génératrices qui se segmenteraient ; M. Charpy (*Lyon-Médical*, 1877), est arrivé aux mêmes conclusions. Pour Charles Robin, au contraire, ce seraient les cellules lymphatiques des parties superficielles du derme, qui formeraient les nouvelles cellules épithéliales : son opinion semble appuyée, d'une part, par l'épidermisation des plaies avec perte de substance et, d'autre part, par la cicatrisation des ulcères à l'aide des greffes épidermiques.

2^o *Derme.* — Le derme émane de la lame fibrocutanée et double l'ectoderme. Sa constitution le

rapproche des tendons et des aponévroses. Il est formé de faisceaux fibreux entre-croisés dans des directions diverses. Tout le long des faisceaux fibreux, on rencontre les cellules en tuiles, comme dans les tendons. Il y a cependant une différence capitale entre le tissu du derme et celui d'un tendon : c'est que les faisceaux dermiques sont englobés dans un réseau puissant de fibres élastiques. (Renaut).

Du côté de l'ectoderme, le derme se termine par une ligne sinueuse, festonnée, limitée par une mince lame d'une substance particulière, sur laquelle s'insèrent les cellules cylindriques de la couche génératrice : c'est la *limitante vitrée*. A sa face profonde, ses faisceaux passent en se dissociant dans le panicule graisseux qu'ils iront cloisonner. A la sortie du derme, ces faisceaux prennent le nom de *cônes fibreux* de la peau.

3^o *Vaisseaux sanguins*. — Les vaisseaux sanguins se rencontrent exclusivement dans le derme. Ils y forment quatre plans qui sont en allant de la superficie à la profondeur.

1^o Le *Plan des bouquets papillaires*, formé par de petites artérioles qui s'élèvent dans les papilles jusqu'au-dessous de l'épiderme, puis se recourbent, se contournent souvent en 8 de chiffre et vont rejoindre les réseaux sous-jacents.

2^o Le *Réseau planiforme sous-papillaire* dans lequel débouchent les bouquets papillaires. Il forme un filet à mailles serrées, situé directement à la base des papilles et parallèlement à la surface de l'épiderme.

3^o Le *Réseau planiforme profond*, représenté par

un filet à mailles beaucoup plus larges que celles du réseau planiforme superficiel. Ce plan est situé à la face profonde du derme parallèlement au réseau sous-papillaire.

4° Le *Réseau intra-dermique anastomotique*, constitué par des branches très grêles qui sillonnent l'épaisseur du derme et relient les deux réseaux planiformes.

5° Enfin le *Réseau du panicule graisseux*, représenté par les branches artérielles qui entrent dans le derme, en suivant les cônes fibreux, après avoir fourni des cercles adipeux aux différents amas de cellules graisseuses.

On le voit, la circulation du derme est extrêmement riche, mais les diverses artérioles qui fournissent le sang sont, jusqu'à un certain point, indépendantes les unes des autres, de telle façon que la peau est divisée en une infinité de territoires autonomes. En effet, si on pousse une injection colorée dans les vaisseaux dermiques, la peau ne se colore que par places, sous forme de taches arrondies, disséminées de distance en distance. Ainsi s'explique la forme circinée de certaines lésions cutanées, telle que l'érythème, les papules et les taches syphilitiques.

Quant aux veines, elles suivent absolument la distribution des artères. Toutefois, elles prennent souvent une disposition caverneuse, notamment dans les organes de perfectionnement, papilles ou poils.

4° *Lymphatiques*. — Le derme, ainsi que le dit M. Renaut, est une véritable éponge lymphatique. En effet, les intervalles compris entre les faisceaux fibreux ne

sont que des espaces lymphatiques, tapissés plus ou moins régulièrement par l'endothélium caractéristique dont les cellules sont découpées à l'instar des feuilles d'un chêne. Mais les lymphatiques canaliculées n'apparaissent que dans les cônes fibreux.

5° *Nerfs*.—La peau, appareil de réception des impressions externes, possède des nerfs nombreux. D'ailleurs, elle est liée au système nerveux par une étroite parenté embryogénique. Tout le monde sait, en effet, que dès la 48^e heure de l'incubation, le feuillet externe du blastoderme s'infléchit dans l'aire germinative et forme une gouttière dirigée suivant l'axe de l'embryon : cette gouttière sera plus tard l'épendyme. La différenciation des cellules qui circonscrivent ce sillon aboutira à la formation des éléments nerveux de l'axe cérébro-spinal. « Le système nerveux n'est, en effet, si on le considère au point de vue de l'anatomie générale, qu'un département isolé et spécialisé de l'ectoderme névro-sensitif (Renaut). »

Les éléments nerveux émettent chacun un prolongement fibrillaire, le *prolongement de Deiters*, qui va se terminer à des distances considérables par des plaques motrices où dans des appareils destinés à la perception des impressions, après s'être couvert lui-même d'un système destiné à sa nutrition et à sa protection, sur la structure duquel nous n'insisterons pas.

A la peau, les nerfs se terminent de façons différentes. Après avoir pénétré dans le derme, ils s'insinuent le long des faisceaux fibreux, se branchent en Y ; les segments interannulaires deviennent de

plus en plus courts; puis le cordon nerveux aborde un organe plus ou moins compliqué dans lequel il se termine par une extrémité renflée, le *disque tactile*, après avoir perdu sa myéline. Les organes de terminaison, toujours situés dans les régions papillaires du derme, sont de divers ordres, tels les corpuscules du tact, surtout décrits par Merkel dans le bec des palmipèdes et dont on trouve l'analogue dans les corpuscules de Meissner, à la face palmaire de la main, ceux de Krause, à la conjonctive, enfin, ceux de Pacini sur la nature desquels les histologistes ne s'accordent pas encore.

Bien qu'il en soit, ces divers appareils sont édifiés sur un type à peu près constant. Ils se composent d'une charpente d'un tissu fibreux délicat; renforcé par l'épanouissement de la gaine lamelleuse du faisceau nerveux, tissu qui envoie des cloisons dans leur intérieur. Les loges ainsi circonscrites contiennent des cellules entre lesquelles se termine l'extrémité nerveuse.

Telles sont les terminaisons intra-dermiques, sur la structure desquelles le cadre de notre sujet ne nous permet pas de nous arrêter plus longtemps. Ajoutons qu'il y a des nerfs qui se terminent dans l'ectoderme, mais la terminaison ne se fait jamais dans l'intérieur des cellules, comme on l'a pendant longtemps soutenu en Allemagne. Langherans, à l'aide de chlorure d'or, a montré que ces terminaisons étaient toujours intercellulaires.

6° *Muscles*. — Dans certaines régions, la peau joue manifestement le rôle de squelette et donne in-

sersion à des muscles lisses ou à des muscles striés.

Les muscles lisses sont très-répandus dans le tégument. On les rencontre autour des glandes, au scrotum, à la mamelle, sur les bulbes pileux.

Les muscles striés se trouvent surtout à la face, au cuir chevelu. Ils s'insèrent sur les faisceaux fibreux du derme, mais la fibre striée est constamment englobée dans un réseau élastique. D'après M. Renault, cette disposition anatomique aurait une importance physiologique capitale : l'élément musculaire serait soutenu par un système de filaments extensibles et rétractiles, qui imprimerait à la contraction brusque un caractère soutenu, modéré, régulier. Enfin, ces muscles seraient constitués par des faisceaux de substance rouge; leurs fibres seraient dissociés, formant ainsi autant de petits muscles polygastriques, reliés entre eux par des fuseaux musculaires, dont l'influence est probablement favorable à l'isochronisme des contractions. On conçoit combien une semblable disposition est avantageuse pour la régularité dans les diverses expressions de la physionomie.

7° *Complication de la peau. — Edification des glandes et des phanères.* — Au début, nous l'avons dit, la peau recouvre l'embryon à la façon d'une nappe planiforme; elle ne présente ni sillons, ni saillies. Il est des points où cette disposition persiste durant toute la vie, mais il en est d'autres où elle se complique pour multiplier sa surface et édifier des glandes ou des phanères,

La complication de la peau est due primitivement à une série de bourgeons cellulaires partis du derme

qui, en se différenciant, forment un tissu conjonctif très délicat. Ainsi sont produites les papilles.

De son côté, l'ectoderme ne reste pas inactif. Il envoie dans le derme une quantité plus ou moins considérable de bourgeons émanés du corps muqueux de Malpighi. Que l'un de ces bourgeons s'enfonce profondément dans le derme, s'y creuse une cavité pendant que ses éléments se différencieront et nous serons en présence d'une glande. Que, au contraire, ce bourgeon, dans sa marche à travers le derme rencontre une papille, il édifiera une phanère. Mais laissons ici la parole à M. Renaut qui, dans ses savantes leçons, a considéré les diverses adaptations du tégument à un point de vue si élevé.

« Il ne s'agit nullement ici, dit-il, de stratifications purement ectodermiques, comme on l'a cru longtemps; l'ectoderme et le derme vascularisés s'unissent, au contraire, pour édifier ces productions par une action commune et nettement réglée.

« C'est du concours de bourgeons ectodermiques qui s'enfoncent la plupart du temps dans l'épaisseur du derme et de bourgeons vasculaires végétant en sens inverse, que naissent les phanères les plus spécialisées, tels que les poils et les dents. C'est autour d'une papille qui leur sert pour ainsi dire de centre directeur et nutritif que ces phanères s'édifient. On peut donc définir les phanères : *des édifications papillaires effectuées dans un but particulier d'adaptation.*

« Il y a pourtant une exception à cette loi. Cette exception s'applique à la plus simple des phanères, à l'ongle, qui résulte bien d'une invagination de l'ecto-

derme dans le derme sous forme d'un repli disposé en nappe, mais qui ne présente point de papille analogue à celle du poil ou de la dent.

« Dans l'édification de ces productions épidermiques, il est un fait important à remarquer, c'est qu'au début, et dans la peau de l'embryon, jusqu'au 3^{me} mois, avant que les glandes et les phanères se soient différenciées, et avant que les papilles se soient développées, tous les bourgeons épidermiques, résultant d'une végétation de l'ectoderme dans l'épaisseur du derme embryonnaire, sont cylindroïdes ou planiformes, pleins et absolument identiques entre eux, qu'il s'agisse d'ailleurs d'un bourgeon destiné à former une phanère ou d'un autre destiné à former une glande.

« C'est, ainsi que nous l'avons dit, de la mise en rapport du bourgeon ectodermique avec le vaisseau, que provient sa différenciation dans la plupart des cas. Il est bien entendu que nous parlons ici au point de vue de la morphologie pure. Je ne veux nullement déclarer que le concours d'un bourgeon de l'ectoderme et d'une végétation vasculaire mésodermique d'un type donné, produise par effet d'une rencontre de hasard, ici une dent, là un poil, ailleurs enfin, une glande. En évolution embryologique, le hasard n'existe pas, et le concours des divers éléments formateurs d'un organe complexe, est absolument déterminé par des règles fixes. Mais en énonçant ce fait général que tous les bourgeons ectodermiques sont tous semblables les uns aux autres et pour ainsi dire indifférents au début, j'ai seulement voulu faire voir qu'ici, comme dans bon nombre d'autres cas, la nature suit

la loi fondamentale d'adaptation économique, en d'autres termes, que pour produire des organes ultérieurement distincts, elle utilise des productions initialement identiques entre elles, en les modifiant simplement par une sorte de remaniement. Pour prendre un exemple, je ferai remarquer que vers la troisième semaine, chez l'embryon humain, tous les bourgeons ectodermiques sont identiques entre eux. Mais à la pulpe des doigts, il ne viendra jamais à la rencontre de ces bourgeons des vaisseaux bourgeonnant eux-mêmes sous forme de houppes; les productions vasculaires seront, au contraire, disposées en réseau et il se formera simplement des glandes.

. « Tout cela dépend, on le conçoit, non du hasard, mais de la direction générale suivie par l'évolution des tissus et des organes, évolution à laquelle le système nerveux prend une part coordinatrice, mais dont la raison première nous échappe absolument. »

A la peau sont donc annexés des appareils, adaptés à des fonctions diverses, mais tirant leur origine directement d'elle : les *glandes sudoripares et sébacées* et les *phanères* (ongles, dents et poils). Parmi ces dernières nous ne décrirons que le poil, la seule dont la connaissance soit utile à notre sujet.

Glandes de la peau.

1^o *Glandes sudoripares*. — Généralement situées dans les couches profondes du derme, les glandes sudoripares sont quelquefois sous-épidermiques, comme à la paume de la main. Leur nombre est très variable : à la face palmaire de la main, où elles sont nombreuses, Sappey en compte 106 pour 25^{mmc}. Leur volume est également variable et se trouve compris entre $\frac{1}{8}$ ^{de} mm et 2^{mm}.

A l'origine, les glandes sudoripares sont représentées par des bourgeons ectodermiques cylindroïdes, pleins, constitués par des cellules identiques à celles du corps muqueux de Malpighi. Ces bourgeons s'enfoncent perpendiculairement dans le derme, mais au lieu d'être arrêtés par une papille dans leur marche descendante, ils vont jusqu'à la région des cônes fibreux. Là, ils rencontrent l'obstacle formé par ce plan, se recourbent et s'enroulent en un peloton inextricable. Puis commencent les phénomènes de remaniement, dont la résultante finale sera l'édification de la glande. La glande complète présente trois portions principales la glomérule, le conduit vecteur et l'orifice épidermique.

La *glomérule* n'est autre chose que le peloton profond. Il possède une paroi propre, homogène, qui, d'après M. Renaut, serait semblable au sarcolemme de la fibre musculaire. Sur la paroi repose un épithélium cylindrique, dont chaque cellule est divisée en deux régions : l'une superficielle, claire ; l'autre

est granuleuse et occupe le fond de l'élément; c'est dans cette dernière zone que se trouve le noyau.

Il faut avouer que cette structure rapproche singulièrement le tube sudoripare de l'acinus des glandes salivaires. L'analogie devient plus frappante encore si on considère la glande dans ses deux états d'activité ou de repos. En effet, après une diaphorèse abondante, la cellule devient totalement trouble et son noyau est très volumineux. Or, d'après Heidenhain, les choses ne se passeraient pas autrement dans la cellule des glandes salivaires en état de sécrétion.

Le *canal vecteur* fait suite au tube pelotonné. Jusqu'à la ligne des papilles, il est accompagné par la paroi propre du peloton glandulaire, mais là elle cesse d'exister et le conduit ne représente plus qu'un sillon lacuneux creusé à travers les diverses couches ectodermiques, dans lequel la sueur circule par la *vis a tergo*.

L'*orifice épidermique* est simplement un point poreux, formé par l'écartement des cellules ectodermiques, mais il n'est délimité par aucune membrane.

Ajoutons, enfin, que le derme s'épaissit au pourtour du peloton glandulaire et qu'il forme une coque serrée, doublée par les cellules plates du tissu conjonctif.

Quant aux vaisseaux, ils fournissent un réseau, très riche autour de la glande, réseau tout aussi inextricable que le peloton glomérulaire.

2° *Glandes sébacées*. — Ce sont surtout les glandes sébacées qui nous intéressent. Elles sont situées dans l'épaisseur du derme, mais toujours elles sont plus

superficielles que les glandes sudoripares. Elles sont également moins nombreuses.

Les glandes sébacées sont des glandes en grappes plus ou moins lobulées. Leur nombre et leur volume sont surtout remarquables au niveau des ouvertures naturelles, à l'orifice externe des organes génitaux de la femme, à l'extrémité antérieure de la verge, autour des ailes du nez, sur le bord libre des paupières. On peut les considérer comme de véritables annexes du système pileux, dont les follicules leur servent le plus souvent de canal excréteur. Mais ce serait une erreur de croire qu'elles n'existent pas là où la peau est glabre, car dans beaucoup de régions nues au prime abord, on rencontre une multitude de follicules pileux, latents, qui, sous une influence quelconque, pourront évoluer. C'est pour cette raison qu'on trouve facilement des poils microscopiques dans la majorité des comédons. Les seules régions qui en soient véritablement dépourvues sont la paume de la main et la face plantaire du pied.

La glande sébacée est une production ectodermique. Initialement, elle est représentée par un bourgeon plein, plus ou moins lobulé, souvent confondu avec un bourgeon pileux, qui s'enfonce, sous une obliquité variable dans le derme. Cette direction oblique est même le seul caractère qui, au début, permette de différencier le bourgeon pilo-sébacé du bourgeon sudoripare, puis la cavité glandulaire se creuse, mais les éléments cellulaires de l'ectoderme subissent une série de modifications dont le terme est la constitution de l'épithélium glandulaire. Ce n'est pas à vrai dire

que la glande sébacée reste toujours aussi simple. Dans certaines circonstances, elle se complique singulièrement pour aboutir à la formation d'organes particuliers. « Je ne décrirai pas ici, dit M. Renaut, la forme plus ou moins lobulée de ces glandes qui se compliquent dans certaines régions pour former des organes sécréteurs spéciaux. Je vous montrerai plus tard, en effet, que les glandes sébacées, les tubercules de Montgommery, et enfin la mamelle, constituent les termes graduellement compliqués d'une série morphologique identique au fond. » Nous verrons plus loin de quelle importance est cette donnée d'anatomie générale en pathologie.

Le follicule sébacé n'est donc rien autre chose qu'un bourgeon ectodermique qui s'est creusé. C'est dans le stratum malpighien de ce bourgeon que se passeront les phénomènes qui aboutiront à la transformation grasseuse des éléments ectodermiques. La graisse apparaît dans le protoplasma cellulaire sous la forme de gouttelettes dont le nombre s'accroît progressivement. Ces gouttelettes distendent peu à peu la cellule, laquelle finit par se rompre et donner issue à son contenu qui est versé dans les follicules pileux au voisinage de leur orifice à la surface de l'épiderme. Mais il faut bien savoir qu'à l'état normal, l'envahissement grasseux apparaît constamment autour du noyau de la cellule malpighienne, pour se porter peu à peu vers la périphérie. Il n'en est plus ainsi à l'état pathologique, la graisse paraît en un point indéterminé de l'élément. Il arrive même que l'évolution est tellement active que la graisse s'écoule

incessamment à la surface du corps : c'est ce qui se produit dans les cas d'*acné sébacée fluente*.

Dans d'autres circonstances, le produit de la transformation des cellules ectodermiques n'est plus de la graisse fluide, mais de la graisse renfermée dans des cellules dont la paroi reste solide. Dès lors, le contenu de la glande ne peut plus s'écouler au dehors, il s'accumule et s'enkyste : les tumeurs sébacées n'ont pas d'autre origine.

Il y a, enfin, des cas où les couches malpighiennes qui tapissent l'intérieur du follicule sébacé, au lieu de subir la transformation graisseuse ordinaire, évoluent vers le type corné, comme à la surface du tégument. Ces faits, relativement fréquents, ne sont pas sans utilité pour nous.

Quant au derme, il n'a qu'une part bien faible dans l'édification du système sébacé. Il se creuse autour de la glande, ses faisceaux fibreux se serrent et tendent à prendre une disposition lamellaire. C'est lui qui contient les capillaires sanguins, lesquels enlacent la glande dans un filet grossier et infiniment moins riche que le réseau des glandes sudoripares.

Phanères.

Poils. — Les cheveux et les poils sont les phanères les plus répandues dans l'économie. Elles affectionnent certaines régions : la tête, les joues, le menton, les aisselles, le pubis. Mais beaucoup de points qui

paraissent glabres, au premier abord, sont pourvus de poils minuscules. En somme, on peut rencontrer des poils partout où se trouve le stratum de Malpighi. « Ainsi, selon M. Renaut, dans les kystes dermoïdes, là où se forme une production cutanée adventice, là aussi paraissent les poils et les dents, souvent en grand nombre et avec un développement parfait. »

Au moment où les poils vont se former, l'ectoderme envoie des bourgeons cylindroïdes et pleins qui s'avancent vers la profondeur du derme. Mais au bout d'un trajet d'une longueur variable, l'extrémité profonde du bourgeon est arrêtée par la rencontre d'une papille dermique qui progresse en sens inverse. Cette dernière continue sa marche vers la périphérie et se coiffe du bourgeon pileux qu'elle soulève. C'est au-dessus de la papille que le poil va former sa partie axiale, la *tige*, tandis que la partie réfléchie du bourgeon ectodermique constituera le *bulbe*. Le poil est, en somme, une édification ectodermique et papillaire.

A son état adulte, la tige du poil représente simplement un soulèvement des différentes zones ectodermiques qui s'emboîtent à la façon de cornets d'oublies. On y rencontre, en allant du centre à la périphérie :

- 1° La couche génératrice.
- 2° Le stratum malpighien.
- 3° La zone granuleuse, qui se prolonge dans l'axe du poil et constitue la *Moëlle*.
- 4° Enfin le stratum corneum avec ses différentes zones, limité à la périphérie du poil par une lame plus dense, très mince, à laquelle on a donné le nom

d'*Épidermicule*.

Le bulbe pileux, nous l'avons vu, est profondément implanté dans le tégument. Il est constitué par deux systèmes de gaines, les unes dermiques, les autres provenant de l'ectoderme.

Les gaines fournies par le derme sont au nombre de deux :

1^o Une enveloppe fibreuse, épaisse et résistante, qui n'est autre chose qu'un épaissement du derme, sur laquelle viennent s'insérer les muscles arrecteurs, lorsqu'ils existent. Sur les gros poils, elle se clive nettement en lamelles : de là le nom de *gaine lamelleuse* qui lui a été donné par M. Renaut.

2^o Une zone hyaline qui limite la gaine lamelleuse du côté du poil : c'est la *Limitante externe vitrée*.

Les gaines qui proviennent de l'ectoderme invaginé sont représentées par les différentes zones épidermiques avec cette particularité que le stratum corneum s'y clive en deux plans :

1^o La *Couche de Henle*, constituée par des cellules cornées soudées intimement et dont les noyaux se sont atrophiés.

2^o La *Couche de Huxley*, immédiatement adjacente à la tige du poil, dont les noyaux sont très distincts.

Outre ces éléments, les poils peuvent encore posséder des vaisseaux, des nerfs, des muscles, dont la description ne nous arrêtera pas.

Ajoutons cependant que le bourgeon pileux ectodermique présente ordinairement, sur son côté, un bourgeon secondaire qui reste en dehors des vaisseaux papillaires : c'est un germe d'attente qui

pourra reconstituer le poil, si celui-ci vient à périr. Ce germe d'attente, sous l'influence d'une irritation quelconque, peut d'ailleurs évoluer. Telle est l'origine des poils minuscules que l'on rencontre dans les comédons.

PHYSIOLOGIE

L'importance physiologique de la peau ressort immédiatement de sa complexité anatomique. Grâce à l'évolution cornée de ses éléments ectodermiques et à ses édifications papillaires, elle joue le rôle d'un manteau protecteur. D'autre part, le grand nombre de ses glandes en fait l'un des laboratoires les plus actifs de l'économie. Enfin, elle est destinée à recueillir et à transformer les impressions venant de l'extérieur. Protection, sécrétion, sensibilité, voilà donc les trois fonctions fondamentales du tégument.

1^o RÔLE PROTECTEUR DE LA PEAU.— Nous avons déjà vu comment l'évolution des cellules du corps de Malpighi aboutissait à la formation d'un stratum corneum résistant. Ce stratum corneum limite l'animal et le protège contre les agents externes. C'est grâce à la perméabilité très faible de cette couche que nous ne sommes pas littéralement imbibés par les liquides normaux ou morbides ; c'est elle qui défend le fœtus contre la macération dans les eaux de l'amnios. C'est elle, enfin, qui, par sa complication, édifie les diverses phanères, organes protecteurs et défensifs.

2^o LES ÉCHANGES AU NIVEAU DE LA PEAU.— On peut classer ces phénomènes en deux ordres : l'*Absorption* et la *Sécrétion*.

1^o *Absorption*.—Les physiologistes discutent encore sur le pouvoir absorbant de la peau. Ici, selon nous, il y a deux cas à considérer, suivant que l'on a affaire à un corps liquide ou à un gaz.

Assurément, la peau, protégée par ses couches cornées et enduites de substances grasses, paraît un terrain bien peu favorable à l'absorption des liquides. La quantité, toujours très minime, qui est absorbée, l'est au niveau des orifices par les muqueuses ou bien par les glandes cutanées. Dans ces dernières années, à Vienne, au Dispensaire des maladies cutanées, on a essayé les bains prolongés comme moyen thérapeutique. Or, on a pu constater que les malades ainsi traités ne cessaient pas pour cela d'éprouver le sentiment de la soif, tout aussi impérieusement que s'ils avaient vécu exposés à l'atmosphère. Nous sommes donc fondés à nier l'absorption des liquides par la peau.

Les expériences de Colin d'Alfort tendraient à prouver le contraire. Ce physiologiste fait tomber sur le dos d'un cheval, durant cinq heures, de l'eau chargée de cyanure de potassium, il détermine ainsi l'intoxication de l'animal. Rien d'étonnant, si l'on songe que la chute du liquide a pu, à la longue et par les frottements répétés, déterminer une desquamation intense dans les couches cornées de l'épiderme. D'autre part, cette action toute mécanique a sûrement chassé l'enduit graisseux du tégument. Aussi, lorsqu'on veut obtenir l'absorption d'une substance médicamenteuse par la voie cutanée, a-t-on recours aux véhicules de substances qui se mêlent à leurs homologues sécrétés par la peau ou à des frictions répétées.

Si la peau ne permet pas l'absorption des liquides, il n'en est plus de même pour les gaz. Tout le monde connaît cette expérience qui consiste à enlever les deux poumons d'un batracien abranché, d'une grenouille par exemple. L'animal ne cesse pas de vivre après cette mutilation. Mais si l'on enduit son corps d'un verni imperméable, il meurt avec des accidents asphyxiques non équivoques, tant il est vrai que la peau joue un rôle respiratoire important, que, par conséquent, elle absorbe les gaz. Il n'est pas douteux que les miasmes ne pénètrent très facilement par cette voie dans l'économie.

2^o *Sécrétions.* — Dans son article du Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques, Mathias Duval envisage ainsi la sécrétion : « La sécrétion, dans sa conception la plus générale, est caractérisée, et c'est précisément ce qui la distingue de la nutrition, en ce que l'activité de l'élément anatomique n'est pas mise en jeu afin de servir directement à cet élément, soit pour un acte d'accroissement, soit pour un dégagement de force répondant à une fonction spéciale, mais seulement pour préparer des matériaux accessoires à des fonctions qui se passent ailleurs, ou pour éliminer du sang les divers déchets provenant de ces fonctions. »

Cet aperçu général fait pressentir, et l'importance physiologique de la sécrétion, et les diversités de forme de ce processus. Bien qu'il en soit de ces diversités, la cellule n'en reste pas moins le véritable laboratoire et l'on peut ramener le phénomène à deux types anatomiques : l'élaboration du produit par la

cellule ou sa formation par la transformation de la cellule. Quant aux sécrétions dont les éléments existent tout formés dans le sang, telle que l'urine, le rôle de l'épithélium se borne à une action élective.

Ajoutons enfin que la pression sanguine et l'excitation nerveuse ne sont pas sans influence sur la sécrétion.

Si nous avons insisté sur ces notions générales de physiologie, c'est que la peau est un appareil de sécrétion au premier chef. Nous y trouvons, en effet, les deux types de l'action glandulaire réunis : l'élaboration par la cellule (*sueur*) et la fonte cellulaire (*sébum*).

1° Sécrétion de la sueur.

La sueur est un liquide qu'il est fort difficile de recueillir à l'état de pureté, parce qu'il se mêle aux autres produits versés à la surface de la peau, notamment aux produits sébacés. M. Favre (Archives Générales de Médecine 1853) en donne l'analyse suivante :

Eau	995,573.
Sudorates alcalins.	1,562.
Chlorure de sodium	2,230.
Lactates alcalins	0,317.
Chlorure de potassium	0,244.
Urée	0,043.
Matières grasses	0,014.
Autres sels divers (sulfates, phosphates alcalins et terreux	0,017.
TOTAL	1000,000.

Au point de vue des matériaux organiques, la sueur est infiniment moins riche que l'urine. D'après M. Favre, le rapport est le suivant: 14 litres d'urine donnent 140g. de substances organiques, la même quantité de sueur n'en fournit que 23g.

L'urée est en proportion très faible dans la sueur. Cependant, Mathias Duval fait remarquer que la longueur totale d'un tube sudoripare est de 2^{mm} en moyenne, ce qui donnerait pour l'ensemble des tubes sudoripares une longueur approximative de 4 kil., ce qui équivaldrait, en fin de compte, à 1/2 rein. On conçoit, dès lors, l'importance d'un semblable appareil excréteur, comme suppléant du rein, lequel pense M. Renaut, n'est peut-être lui aussi, qu'une spécialisation ectodermique.

La sueur est ordinairement acide, mais cette réaction n'est qu'une acidité d'emprunt, communiquée par les acides gras que lui fournit la sécrétion sébacée. C'est ce qui ressort clairement des expériences de MM. Luchsinger et Trumphy. Ces expérimentateurs savonnent la peau d'un bras, la débarrassent des substances grasses à l'aide de l'éther et de l'alcool. Ceci fait ils pratiquent une injection sous-cutanée de pilocarpine, en quantité suffisante, afin de déterminer une sudation rapide et abondante. Si, dans ces circonstances, on applique du papier de tournesol sur les deux bras, la réaction chimique de la sueur est alcaline du côté qui a été nettoyé et acide de l'autre. D'ailleurs, dans certaines régions, au creux axillaire, par exemple, là où la sécrétion est continue, la réaction de la sueur est toujours alcaline.

L'odeur de la sueur est due aux acides gras qui proviennent des dédoublements chimiques de la matière sébacée. Dans certains cas pathologiques, elle tient à la transformation ammoniacale de l'urée.

La quantité moyenne sécrétée en 24 heures est de 4k,300, soit environ 40 ou 50 grammes par heure, mais elle peut s'élever jusqu'à 300 ou 400 grammes par heure et plus. Elle varie avec la nature de l'alimentation, la quantité de boissons, l'exercice, l'individu et surtout le degré de chaleur,

La sueur a une importance physiologique de premier ordre. Non seulement, elle est une voie très large d'excrétion, mais en se vaporisant insensiblement, d'une manière continue, et proportionnellement au degré de température, elle constitue pour nous un moyen précieux de lutter contre les variations thermométriques. Aussi la suppression de ce produit cause-t-elle des accidents plus ou moins sérieux. Les Anciens considéraient ces accidents comme résultant d'une véritable intoxication par rétention des excréta. Aujourd'hui, il est absolument prouvé qu'ils tiennent à la perte de calorique. En effet, si l'on applique une couche continue de vernis sur un animal, celui-ci présente bientôt des symptômes généraux graves, débutant presque toujours par un tremblement accentué, puis la mort survient: à l'autopsie, on trouve des congestions viscérales étendues. Mais ces phénomènes ne sont pas du tout le résultat d'une intoxication, car M. Lomikowski (*Journal de l'Anatomie et de la Physiologie* 1878) a montré que, si l'animal enduit de verni, est enveloppé de ouate ou exposé à

une chaleur suffisante, on n'observe aucun symptôme inquiétant. La sécrétion sudoripare est, en somme, un régulateur puissant de la chaleur animale.

Mais comment la sueur est-elle produite? Il n'y a pas longtemps encore, on croyait qu'elle était due à une simple filtration du plasma sanguin par l'épithélium glandulaire. D'autre part, Giannuzzi et Heidenhain, l'assimilant à la sécrétion salivaire, pensaient qu'elle résultait d'une fonte cellulaire. Ces deux opinions sont trop exclusives. Il résulte des recherches de MM. Renaut et Arloing, qu'il n'y a pas de fonte cellulaire en pareil cas, que l'action sécrétoire ne se borne pas non plus à une simple action élective de l'épithélium glandulaire. Il y a, en même temps, élection et modification des matériaux. Ces observateurs ont prouvé que l'épithélium sudoripare, clair à l'état normal, devenait trouble à la suite d'une hypersécrétion et que, conséquemment, il y avait un changement de l'élément anatomique durant l'élaboration.

La sécrétion sudoripare, nous l'avons dit, est influencée par des causes diverses, au premier rang desquelles il convient de placer la chaleur et la tension sanguine. Il est un autre facteur non moins important, le système nerveux. On sait, en effet, que les sueurs émotives ne s'accompagnent jamais d'hypérémie du tégument, bien au contraire.

Kendall et Luchsinger ont prouvé expérimentalement le rôle des nerfs dans la sécrétion de la sueur. Ils ont prouvé que la sueur apparaissait, à la suite de l'excitation du nerf sciatique, dans la patte postérieure d'un animal, même après la ligature de l'aorte.

Bien plus, la sudation paraîtrait encore sur un membre amputé depuis un quart d'heure.

Les expériences, à l'aide de l'alcaloïde du jaborandi, ne sont pas moins démonstratives. Luchsinger et Vulpian ont démontré que l'action sudorifique de ce principe ne s'exerce pas exclusivement par l'intermédiaire des centres nerveux. En effet, ces messieurs résèquent l'un des nerfs sciatiques d'un chien, puis injectent une solution de pilocarpine. Bientôt, une sudation abondante paraît, mais elle existe tout aussi bien sur la patte privée de communication avec les centres nerveux que sur les autres.

M. Strauss (*Comptes rendus de l'Académie des Sciences 1879*), a complété ces expériences sur l'action de la pilocarpine. Il a constaté que, si la dose d'alcaloïde injectée est faible, la sudation est locale et très limitée ; que si, d'autre part, sur un animal en pleine sudation, on injecte une faible dose d'atropine, la sueur disparaît sur le point injecté.

De ces diverses expériences, il résulte qu'il existe indubitablement des nerfs excito-sécréteurs, absolument distincts des nerfs vaso-moteurs ; que ces nerfs peuvent agir sans participation des centres, dans certaines circonstances ; qu'ils sont excités par la pilocarpine, mais paralysés par l'atropine. On pourrait admettre que la pilocarpine agit sur les éléments glandulaires et non sur les extrémités nerveuses. Nawrocki et Vulpian ont mis l'influence nerveuse hors de doute : ils résèquent le sciatique d'un chat, puis à l'aide d'une injection de pilocarpine faite quelques heures après l'opération, ils obtiennent la sudation

même sur le membre mutilé. Il n'en est pas ainsi quelques jours plus tard, la sueur ne paraît plus sur le membre dont le nerf a été réséqué. Or, on sait que les nerfs séparés de leur centre d'origine perdent rapidement leur excitabilité, tandis que les éléments anatomiques conservent fort longtemps leurs propriétés. Ces faits sont absolument probants.

Quant aux centres nerveux qui président à la sécrétion de la sueur, ils paraissent fort mal délimités. Luchsinger les place à la région cervicale de la moëlle épinière, car, dit-il, en réséquant la moëlle au-dessus de la neuvième vertèbre cervicale, les pattes postérieures de l'animal opéré cessent de suer.

Enfin, outre ces nerfs sécréteurs spéciaux, il n'est pas douteux que les vaso-moteurs interviennent activement dans la sécrétion de la sueur, tantôt comme accélérateurs, tantôt comme modérateurs.

2° Sécrétion sébacée.

La sécrétion sébacée a pour but de verser à la surface de l'épiderme une certaine quantité de graisse ; elle en augmente ainsi l'imperméabilité. Elle joue un rôle protecteur efficace à l'égard du fœtus plongé dans les eaux de l'amnios. C'est aussi grâce à elle que les poils et les cheveux conservent leur souplesse.

Sécrété en proportions variables suivant les individus, suivant les races, le sébum se présente sous forme d'une matière d'un blanc jaunâtre, difficilement isolable des produits de la sueur. Il est constitué par

des gouttelettes graisseuses libres et des cellules épithéliales en voie de destruction. Dans certaines régions il présente des caractères particuliers. Ainsi le cérumen et l'enduit préputial contiennent moins de graisse, mais une plus grande proportion de débris épithéliaux que le sébum ordinaire.

D'après le Dr Lutz (*Thèse de Paris 1860*), l'analyse de la matière sébacée donnerait les résultats suivants :

Eau	357.
Albumine	2.
Gélatine	87.
Caséine	129.
Matières grasses	405.
Phosphate de soude	7.
Sulfate de soude	5.
Chlorure de sodium	5.
Acide butyrique. — Butyrate de soude	3.
TOTAL	1,000.

D'où vient cette matière dont la composition chimique est si complexe ? Elle résulte d'une transformation graisseuse des cellules ectodermiques des glandes sébacées. La graisse apparaît sous forme de gouttelettes dans les cellules du corps muqueux de Malpighi, les distend, finit par les rompre et s'échappe à l'extérieur. Mais souvent la transformation est incomplète, les cellules ne se rompent pas, mais quittent simplement leurs assises, s'accumulent et distendent la glande : de là des kystes. D'autres fois, enfin, elles subissent l'évolution cornée. Nous avons déjà appuyé sur ces phénomènes. Il est curieux de rapprocher la sécrétion lactée de la formation sébacée ; elle se fait d'après le même type que cette dernière,

elle représente également une fonte cellulaire.

3^o FONCTIONS NERVEUSES DE LA PEAU. — La peau est extrêmement riche en rameaux nerveux. Outre les nerfs centrifuges qui commandent à ses muscles et aux glandes, elle possède encore des nerfs centripètes.

C'est qu'en effet, le tégument est le lieu de réception et de transformation des impressions extérieures. Aussi présente-t-elle des appareils très compliqués en rapport avec cette nouvelle fonction, sur laquelle nous ne devons pas insister.

HISTORIQUE

Les kystes sébacés étaient connus dès la plus haute antiquité. Les Grecs avaient essayé d'en donner une classification. Celse, dans ses *Œuvres*, ne laisse aucun doute à cet égard. Ce chirurgien savait même qu'on peut trouver des poils et des fragments osseux dans ces tumeurs: *interdum etiam minutis ossibus pili immixti* (*Œuvres*, liv. VII, chapitre VI). Nul doute d'ailleurs que cette célèbre École d'Alexandrie, dont les chirurgiens pratiquaient déjà l'opération de l'empyème et la lithotritie, n'ait su opérer les kystes. Celse, en effet, préconise l'extirpation des athéromes. Or, on sait que ce Tacite de la chirurgie ne fut que l'habile compilateur des œuvres grecques.

En Grèce, la marche clinique, la thérapeutique des tumeurs sébacées, avait été soigneusement étudiée. Anatomiquement, on les avait déjà classées en Mélicéris, Athéromes et Stéatomes, d'après l'aspect du contenu. Bien plus, on avait remarqué la dégénérescence calcaire. Mais les notions anatomiques manquaient, on ne put pas en donner la pathogénie. Au reste, on les confondait fort souvent avec les

autres tumeurs : leur bénignité seule avait frappé.

Galien (*Œuvres. — Traduction de Daremberg 1856*), n'est que le reflet de l' cole grecque. Il cherche pourtant à expliquer l'origine des kystes : « On appelle apost mes, dit-il, des diathèses où les parties primitivement en contact s'écartent les unes des autres (* φίστανται*). Il existe donc entre elles un certain espace vide qui contiendra une matière soit pneumatique, soit humide, soit douées des deux propriétés. » Le savant de Pergame considérait donc les kystes sébacés comme des kystes néogènes. Il en connaissait très bien le contenu ; le passage suivant en est la meilleure preuve : « *frequentissima hujus morbi sunt tria genera, quorum singula propriam appellationem sunt grâce sortita : ea sunt atheroma, steatoma et meliceris (de Tumoribus pr ter naturam — chapitre V).* » Il avait également noté la calcification dans ses  uvres : « *En effet, on a souvent trouvées contenues dans les abcès (tumeurs enkystées) des concrétions semblables à des pierres.* »

Celse, contemporain d'Auguste, avait fidèlement copié les Grecs. Galien, médecin de Marc-Aurèle et de Commode ne s'en écarta guère. Paul d' g ne ne fut également qu'un compilateur.

A Cos,   Cnide,   Alexandrie même, on avait surtout p ch  par ignorance de l'anatomie. Il en fut de même durant la période arabe. Riv e au Coran qui interdisait expressément la dissection, la chirurgie arabe n'ajouta rien à la chirurgie grecque. Abulcasis lui-même, le représentant le plus autorisé de l' cole de Cordoue, est bien inférieur aux Grecs.

L'École de Salerne fut également galénique et, par conséquent, grecque.

Durant les ténèbres du Moyen-Age, l'étude des kystes sébacés ne gagna pas grand chose. Les chirurgiens de cette époque rangeaient tous les kystes dans la classe des tumeurs formées par la rétention de la pituite. C'est la théorie pathogénique à laquelle se rattache Ambroise Paré, au sujet des tumeurs sébacées : *« Car elles sont toutes engendrées d'humeur pituiteux, » gros et visqueux »*.

Il va plus loin, il accuse la chaleur solaire comme cause principale de cette rétention : *« car bien que la » chaleur naturelle soit forte, toutesfois l'humeur étant » au profond, ou les pores estant reserrées, cest humeur » ne peut s'esvaporer, et par ainsi s'accumule petit à » petit et engendre ceste tumeur. »* (A. Paré (1554). Œuvres annotées par Malgaigne, Livre V, page 345.)

Mais si Ambroise Paré s'est mépris sur la pathogénie des kystes sébacés, il en trace un tableau clinique fort complet. Il n'ignorait pas que ces tumeurs, adhérentes à la peau, sont mobiles sur les parties sous-jacentes. Il savait que leur volume peut être considérable, que le cuir chevelu est leur siège de prédilection. Il savait, enfin, qu'elles s'ulcèrent souvent et, qu'en pareille circonstance, on a pu les confondre avec le cancer.

Ambroise Paré a beaucoup insisté sur le traitement. Après avoir tenté la compression plus ou moins violente et les topiques si bizarres de son époque, il conseille nettement l'intervention chirurgicale. Il préconise même la suture après l'extirpation.

Si, plus haut, nous avons insisté sur la valeur de la Chirurgie Arabe, c'est parce que Paré dit tenir le procédé de la suture, après l'extirpation des loupes, de Guy de Chauliac qui, lui-même, l'attribue à Abulcasis. C'est certainement là une erreur historique : l'emploi de la suture remonte aux Grecs, puisque Celse en parle dans ses œuvres.

Après la découverte des vaisseaux lymphatiques par Olaus Rudbeck (1651), le rôle de la pituite fut attribué à la lymphe.

Plus tard, les Chirurgiens du Collège de Saint-Côme se bornèrent aux notions précédemment acquises. Ils avaient déjà trop affaire dans leurs querelles avec la Faculté de Médecine, pour pouvoir s'occuper sérieusement d'anatomie pathologique,

L'Académie Royale de Chirurgie, depuis J.-L. Petit jusqu'à ces derniers représentants, Sabatier (1732), Pelletan (1747), ne connut guère les kystes sébacés qu'en clinique. Il faut arriver jusqu'à nos jours pour voir l'origine glandulaire de ces kystes nettement formulée.

La plupart des classiques rapportent cette découverte à Astley Cooper (*Surgical Essays, London, 1820*). Virchow, dans son *Traité des Tumeurs*, fait remarquer avec raison que Béchard, contemporain de Cooper, émettait lui aussi la même doctrine. Cruveilhier aurait même la priorité sur les deux auteurs cités, puisqu'il a donné de la pathogénie des kystes sébacés une théorie identique à celle de Cooper et que son ouvrage (*Essai sur l'Anatomie Pathologique*) date de 1816. En fin de compte, cette priorité appartiendrait à Boërhaave, comme il ressort d'un chapitre

de Van Swieten, son disciple : « *in cute externa folliculi, emissario obstructo, tumentes, nova aggesta materia, nec evacuata, toties in hos tumores (Meliceris, Steatoma, Atheroma) degenerant.* » (Van Swieten, *commentarii in Boerhaave aphorismos*, Lugdunum Batavorum 1745, tome I, page 3). Mais l'opinion de Boerhaave avait passée inaperçue.

Depuis les principes posés par Cooper et Cruveilhier, tous les auteurs ont considéré les kystes sébacés comme le résultat d'une accumulation du produit de sécrétion dans les glandes sébacées et dans les follicules pileux. Lebert, Virchow, Broca, admettent cette théorie. On en fit, dès lors, des kystes par rétention dont la cause primordiale était l'oblitération du canal excréteur de la glande ou du follicule pileux.

Cette manière de voir a prévalu jusqu'à ces derniers temps. Cruveilhier avait cependant remarqué que, dans certains cas, l'orifice n'est pas oblitéré. Mais c'est à M. Chandelux que revient l'honneur d'avoir montré que la cause déterminante de ces kystes tient à un trouble d'évolution de l'épithélium glandulaire, (*Lyon Médical de 1879*). Depuis Cruveilhier, on a mieux étudié les diverses formes de ces kystes, (*Trélat — Société Anatomique, 1872*), (*Chandelux — Lyon Médical, 1879*), (*Malherbe, — Société de Chirurgie, 1882*). Enfin, on a montré que la transformation de ces kystes en tumeurs malignes, était un fait rare.

La clinique a également gagné. Tandis que Dupuytren, Gerdy, Velpeau et plus près de nous, Nélaton, n'opéraient qu'en cas d'absolue nécessité,

nous ne craignons plus l'intervention chirurgicale. Ces grands chirurgiens, en effet, se trouvaient trop souvent aux prises avec les complications septiques des plaies, pour tenter les opérations de complaisance. Ils étaient surtout réservés lorsqu'il s'agissait du cuir chevelu, en raison de la grande fréquence de l'érysipèle dans cette région. Aujourd'hui, la méthode listérienne a levé tous ces scrupules, nous opérons plus hardiment.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° NOTIONS GÉNÉRALES. — Adoptant la définition de Cornil et Ranvier, les kystes sébacés consistent, pour nous, dans l'accumulation des cellules épidermiques ou du produit de sécrétion dans les follicules pileux ou dans une glande sébacée.

Nous les rangeons dans la classe des *kystes à cavité préexistante* de Cruveilhier, *Kystes Progènes* de Broca.

On décrit trois formes aux kystes sébacés :

1° Le *Milium palpébral*, qui se développe dans les follicules des poils follets de la paupière.

2° Les *Comédons*, qui siègent dans les follicules des ailes du nez.

3° Les *Tannes* ou *Loupes*, que l'on rencontre sur presque toutes les régions du corps, de préférence au cuir chevelu.

Mais il ne faudrait pas s'y méprendre : milium, comédons, tannes ou loupes, ne sont que les termes d'une même série pathogénique, termes qui diffèrent entre eux uniquement par le volume et le siège.

Nous prendrons pour type, dans notre description, le kyste arrivé à un état moyen de développement, soit donc la loupe ordinaire.

Les kystes sébacés se présentent sous forme de tumeurs indolentes, le plus souvent régulières et nettement circonscrites. Fréquemment solitaires, on les rencontre quelquefois en grand nombre sur le même sujet. Leur volume est très variable. On les a observé sur toutes les parties du corps, mais ils affectionnent le cuir chevelu ; jamais ils ne siègent à la paume des mains, ni à la plante du pied. Leur prédilection pour le cuir chevelu n'a rien qui surprenne, si on tient compte de l'énorme quantité de follicules pileux qui s'y trouvent, de la grande vitalité qu'ils possèdent dans cette région et des frottements multiples auxquels ils y sont exposés. Quant à leur absence aux faces plantaires et palmaires, elle n'a rien non plus d'étonnant puisque ces régions sont dépourvues de poils et de glandes sébacées.

La surface libre de ces tumeurs est ordinairement lisse. Leur consistance est variable.

Les kystes sébacés sont situés dans l'épaisseur du derme, qu'ils soulèvent plus ou moins suivant leur volume. Cette distension progressive peut même avoir des effets fâcheux : l'atrophie des glandes et des follicules voisins en est une conséquence, qui, au cuir chevelu, se traduit par la calvitie sur la zone occupée par la tumeur. Lorsque la peau est résistante, au cuir chevelu notamment, les désordres peuvent devenir beaucoup plus considérables, si le kyste ne cesse pas de s'accroître. Il ne manque pas d'observations dans lesquelles on a pu constater une usure, une nécrose des os privés de leurs moyens de nutrition, consécutivement à la compression de leurs vaisseaux

par la tumeur qui s'accroît. En pareille circonstance l'ulcération de la peau est la règle. En clinique, nous reviendrons, d'ailleurs, sur ces faits.

2^o STRUCTURE. — La structure des kystes sébacés est relativement complexe. Sous ce rapport Cornil et Ranvier comparent ces tumeurs à certaines glandes lympho-vasculaires, telles que le corps thyroïde de l'adulte ou la glande pituitaire. Les vésicules de ces glandes possèdent, en effet, une paroi conjonctive, tapissée par un épithélium et contiennent dans leur intérieur un liquide ou une substance colloïde.

La comparaison ne saurait être plus juste. Le kyste sébacé présente absolument les mêmes parties constitutives. Toutefois, il doit être soigneusement distingué des dégénérescences kystiques qui envahissent certaines tumeurs par places. Dans ce dernier cas, la poche kystique n'a jamais de parois propres, nettement délimitées.

L'analogie avec les glandes lymphoïdes à vésicules closes serait, d'après Cornil et Ranvier, plus grande encore, puisque les kystes sébacés ne sont que des dilatations glandulaires. Le fait est vrai, mais ces auteurs ont, selon nous, le tort d'ajouter que l'accumulation des produits tient à une obturation de l'orifice de la glande.

Le kyste sébacé est mobile sur les parties sous-jacentes, auxquelles il n'est rattaché que par de rares brides fibreuses, sauf dans les cas où la tumeur s'est enflammée. Mais il adhère à l'épiderme par un cordon plus ou moins sensible, qui représente l'orifice du follicule dilaté. Souvent même on observe, à la sur-

face de la loupe, un point noir, déprimé, vestige de cet orifice. La recherche de ce point est facile sur les kystes peu développés, mais d'après Cruveilhier et Virchow, il serait encore possible de le découvrir sur les loupes volumineuses. C'est Astley Cooper qui a, le premier, signalé l'existence de ce point folliculaire. Il fit la découverte sur lui-même. Sur le point de se faire enlever un kyste sébacé qu'il portait à la région dorsale, il voulut examiner la tumeur à l'aide de deux miroirs. Ayant aperçu un point noir à la surface externe de cette tumeur, il expulsa le comédon à l'aide d'une épingle, puis la vida par des pressions répétées.

Cordon folliculaire et comédon sont là deux signes importants en clinique et en anatomie. Ils permettent de différencier franchement la tumeur qui les porte d'un kyste dermoïde. Ils établissent, en outre, l'origine glandulaire du kyste d'une manière indéniable.

Nous décrirons au kyste sébacé une enveloppe et un contenu.

1^o *Enveloppe.* — La paroi du kyste n'est autre chose que la paroi épaissie des acini glandulaires et les faisceaux fibreux du derme également épaissis autour de la tumeur, lui forment comme une coque que Virchow décrit sous le nom de *Pericystium*. Ces faisceaux, limités par des séries de cellules aplaties, tendent franchement à revêtir la forme lamelleuse. Cette disposition provient des pressions qu'exerce la tumeur par sa distension incessante. Les fibres élastiques manquent généralement.

Recouverte à sa surface externe par les faisceaux

superficiels du derme et l'épiderme, la poche kystique est doublée profondément par le tissu fibreux dermique épaissi. Le panicule graisseux est diminué d'épaisseur; parfois il a complètement disparu. Quelques rares brides fibreuses relient la paroi du kyste aux tissus sous-jacents. Cette paroi, enfin, est très pauvre en vaisseaux.

La face interne de la poche est doublée par un revêtement épithélial qui représente certaines des couches cellulaires de l'ectoderme. C'est dans cette couche que se passent la série des phénomènes qui aboutissent à la transformation graisseuse de la cellule. Les Anciens décrivaient cette zone sous le nom de *Membrane interne*; c'est elle qui limite le contenu du kyste qui, d'ailleurs, est sécrété par elle.

2^o *Contenu du kyste*. — Le contenu du kyste n'est que l'accumulation du produit de la sécrétion sébacée; c'est, en somme, une substance graisseuse, mêlée à des cellules épidermiques. Suivant les qualités physiques de cette substance, l'aspect varie. Y a-t-il une forte proportion de graisse liquide, alors le contenu ressemble à du miel. Plus souvent, les éléments épidermoïdaux l'emportent, et alors il prend l'aspect d'une bouillie. D'autres fois, enfin, la graisse est solide et plus ou moins disposée en couches concentriques. De là, l'antique classification de ces kystes, d'après leur contenu, en 3 ordres :

1^o Le Mélicéris (Μηλικηρον, Rayon de miel).

2^o L'Athérome (Αθηρα, Bouillie).

3^o Le Stéatome (Στεαρ, Suif).

Quant à l'analyse chimique de ce contenu, elle

donne absolument les mêmes résultats que celle de la matière sébacée. Toutefois, dans les loupes, la graisse qui n'est plus soumise aux échanges nutritifs, subit des transformations et donne naissance à des cristaux d'acide stéarique, de margarine et de cholestérine. Quelquefois même, la cholestérine se trouve en quantité très notable : aussi Lebert désignait-il sous le nom de *Cholestéatome*, les kystes qui possèdent cette substance en forte proportion.

Nous savons d'où provient cette graisse. Nous avons vu qu'à l'état normal, elle apparaissait sous forme de gouttelettes dans l'intérieur des cellules du stratum de Malpighi qui tapissent les parois des glandes sébacées, que la cellule finissait par se rompre et laissait échapper une graisse liquide, laquelle trouvait facilement une issue au dehors. A l'état pathologique, les choses ne se passent pas précisément ainsi. Les gouttelettes graisseuses apparaissent bien encore à l'intérieur de la cellule malpighienne, mais celle-ci cesse de se rompre et desquamme simplement. Aussi l'issue vers l'extérieur devient-elle impossible au corps solide produit ; dès lors, celui-ci s'accumule à l'intérieur de la glande ou du follicule pileux : nos kystes sébacés n'ont pas d'autre origine.

L'accroissements des kystes sébacés reconnaît pour cause première la sécrétion incessante de produits graisseux par le stratum ectodermique, qui double leur coque fibreuse. Cette sécrétion a cependant une limite, c'est lorsque la tumeur a acquis un certain volume. Alors la sécrétion diminue peu à peu, car il est aujourd'hui prouvé que la compression des

glandes ne détermine pas leur hypertrophie, mais bien leur atrophie. Sécrétion des glandes et augmentation du volume de la tumeur sont donc deux processus qui marchent à l'encontre l'un de l'autre. C'est dans ces circonstances que l'on voit les loupes rester stationnaires, qu'elles peuvent diminuer de volume et même disparaître.

Les kystes sébacés ne contiennent pas seulement une graisse plus ou moins modifiée. On a encore rencontré dans leur intérieur des noyaux calcaires, des fragments osseux et des masses cornées sur l'étude desquels nous reviendrons. Signalons toutefois la présence des poils.

Dès la plus haute antiquité, on avait noté la présence des poils dans le contenu des tumeurs sébacées. Celse, dans ses Œuvres (livre VII, chapitre VI), signale cette particularité. Il dit qu'entre la peau et la trachée, on trouve souvent des tumeurs que les Grecs appellent *Bronchocèles* et que ces tumeurs contiennent une substance mélicérique, dans laquelle on trouve des poils et même des petits os.

Les observations abondent sur ce sujet. Mais, on doit remarquer que presque tous les kystes qui contiennent des poils siègent dans des lieux d'élection, notamment à la région cervicale, à la racine du nez, à la queue du sourcil. Tels sont les cas de Cruveilhier, (*Racine du nez*), de Dufour (*Sourcil droit. — Bulletin de la Société Anatomique 1853*). M. Régnier (*Thèse de Paris 1869*) et M. Cusset (*Thèse de Paris 1877*), ont également insisté sur ces faits. Si, à la notion du siège, presque toujours relégué dans les régions des

arcs branchiaux, on ajoute que ces kystes pileux ont presque constamment été observés dans le jeune âge ou dans l'âge moyen de la vie, que d'autre part, la tumeur a toujours débuté de bonne heure, il nous sera facile d'admettre que ces observations se rapportent à des kystes dermoïdes.

Il est cependant des cas irrécusables où les kystes sébacés ont été le siège d'une formation pileuse. Nous empruntons le suivant à Cruveilhier, parce qu'il offre un triple intérêt au point de vue de l'histoire, du siège et du développement rapide de la tumeur. Ces deux derniers faits ne permettent pas de conclure à un kyste dermoïde. Voici ce cas :

« Maurice Hoffmann (1689) fut consulté par un
» malade âgé de 24 ans, auquel un chirurgien venait
» d'enlever une tumeur, située au-dessus de l'oreille
» droite. Cette tumeur qui avait mis deux ans à se dé-
» velopper, contenait une matière analogue à du miel
» et une mèche de cheveux plus noirs que ceux de la
» tête. Cette mèche naissait de la partie de la poche
» qui était appliquée à l'os temporal. Le malade et tous
» les assistants criaient au sortilège, lorsque Hoffmann
» leur montra que la formation de ces cheveux était
» très naturelle et due à des bulbes ovoïdes, dans
» lesquels ils étaient implantés par l'une de leurs extré-
» mités : *Pilorum ortum monstravi naturalem esse ex*
» *bulbis.* »

La présence des poils dans les kystes sébacés n'a rien qui puisse surprendre, car nous avons déjà dit en histologie que, partout où existait le stratum de Malpighi, les édifications papillaires et pileuses étaient

possibles.

Mais en dehors de la notion de siège, en l'absence du point noir et déprimé qu'a signalé Cooper, est-il possible de distinguer anatomiquement le kyste sébacé du kyste dermoïde ? Sans aucun doute. M. Gironde, dans le *Lyon-Médical* (1879), a publié trois observations de kystes dermoïdes, recueillies dans le service de Létévant, à l'Hôtel-Dieu, sur des sujets de 22 et 23 ans. L'examen histologique fait avec grand soin par M. Chandelux, a définitivement fixé la structure de ces tumeurs.

Dans les kystes sébacés, l'envahissement des cellules épithéliales par des gouttelettes graisseuses qui, à l'état pathologique, apparaissent sur des points indéterminés dans chacune de ces cellules, est absolument caractéristique.

Rien de tel n'a lieu dans les kystes dermoïdes. Dans les trois cas de Gironde, M. Chandelux a observé la structure suivante :

« La trame est essentiellement constituée par du tissu
» fibreux du derme, mais s'en distinguant cependant
» par une condensation plus grande des faisceaux et
» par une vascularisation plus accusée. Il est à
» remarquer que la partie superficielle de cette trame
» fibreuse, dans le point où elle correspond au
» revêtement épithélial dont il sera question dans un
» instant, *ne présente aucune papille. La surface est*
» *absolument planiforme, et nulle part, on ne rencon-*
» *tre de bourgeons papillaires.* Ce fait mérite d'être
» signalé, car on sait que chez le fœtus, jusqu'au 6^e

» mois environ de la vie intra-utérine, le derme se
» termine par une surface totalement plane, les papilles
» n'apparaissent que plus tard. Il semble donc dans
» ce cas, que la paroi du kyste formée aux dépens
» d'une portion de peau, invaginée pour ainsi dire
» au milieu des tissus, est restée jusqu'à cette époque
» et chez cet adulte avec les caractères mêmes de la
» peau fœtale ».

« L'épithélium de revêtement, beaucoup moins
» développé que sur la peau normale, ne peut être
» distingué en ses différentes zones fondamentales.
» Il possède, de la façon la plus nette, sa couche de
» cellules génératrices et une partie du stratum de
» Malpighi, mais sans qu'il soit cependant possible
» de distinguer les cellules dites crénelées. La couche
» granuleuse fait défaut, et l'on voit immédiatement
» au-dessus du stratum de Malpighi, une mince
» couche cornée tout-à-fait élémentaire. Ces cellules
» cornées, modifiées dans leur structure, ne se
» colorent pas en jaune, mais bien en rose par le
» réactif employé. En un mot, elles paraissent avoir
» subi par le fait de la macération, une altération
» de leur protoplasma qui n'offre plus cette résistance
» de l'épithélium corné vrai. Leur destruction incessante
» donnait lieu à un produit accumulé dans
» l'intérieur de la cavité du kyste, et celui-ci, examiné
» au microscope a montré que ces débris
» cellulaires avaient les formes les plus variables.

« Les différentes coupes n'ont pu arriver à passer
» par un des follicules des poils si nombreux implantés
» sur la paroi, nous ne pouvons donc dire qu'elles

» étaient exactement les relations de ceux-ci avec les
» tissus dont ils dépendaient. En un point, nous
» avons aperçu une glande sébacée très rudimentaire
» *Quant aux glandes sudoripares, nous n'avons pu*
» *en découvrir aucune.*

« Les vaisseaux, très développés dans tout le derme
» de la paroi du kyste, forment immédiatement au-
» dessous du revêtement épidermique une zone vas-
» culaire très riche et dont les canaux ont un calibre
» volumineux. Cette vascularisation que j'ai retrouvée
» dans tous les kystes dermoïdes que j'ai eu entre les
» mains, explique comment à la suite de la malaxa-
» tion prolongée, il peut se faire qu'une rupture vas-
» culaire ait lieu et que le contenu du kyste devienne
» sanguinolent. Elle explique ainsi les hémorrhagies,
» parfois abondantes, consécutives à l'opération ou
» survenant pendant cette opération elle-même.

« En résumé, il s'agit là d'un kyste dermoïde nette-
» ment caractérisé par un revêtement épidermique
» de la paroi. Nous ferons remarquer que, contraire-
» ment à ce qui a été reconnu par des histologistes
» dans des cas semblables de kystes congénitaux du
» cou, il n'existait nulle part ni épithélium cylindri-
» que à plateau, ni épithélium cilié, ni épithélium
» caliciforme ; le revêtement est véritablement épi-
» dermique, et dans ses caractères modifiés un peu
» il est vrai, on reconnaît nettement son analogie
» avec celui de la peau. »

La constitution des deux autres tumeurs de M.
Gironde était à peu de chose près la même. Cette
structure est identique à celle de la peau d'un fœtus

de 5 à 6 mois, structure que M. Chandelux a bien étudiée, dans les *Leçons de Médecine légale*, faites à la Faculté de Lyon par M. Clément, en 1879.

L'étude de M. Chandelux peut se résumer ainsi. A 5 mois 1/2, la peau d'un fœtus possède :

1^o Un revêtement épidermique représenté par une couche de cellules génératrices cubiques, au-dessus desquelles s'étagent différents lits de cellules pavimenteuses, devant subir plus tard l'évolution cornée, qui, chez elles, est à peine ébauchée.

2^o Des bourgeons épithéliaux glandulaires pleins et des bourgeons épithéliaux pileux. Chez ces derniers, le poil est déjà différencié et nettement visible, ainsi que les rudiments des glandes sébacées qui lui sont annexées.

3^o Nulle part il n'y a de glandes sudoripares.

4^o La surface du derme est planiforme. — La couche sous-cutanée comprend des îlots adipeux distincts, très développés.

Le kyste dermoïde congénital est donc facile à différencier anatomiquement du kyste sébacé : un stratum corneum à peine ébauché, l'absence des glandes sudoripares, le derme planiforme, sont autant de caractères propres au kyste congénital.

Le kyste dermoïde n'est peut-être pas toujours congénital. Dans ce cas, il reconnaîtrait peut-être pour cause une inclusion mécanique de la peau au milieu des tissus. Dans ce genre de tumeurs, il est probable que la paroi du kyste possède un revêtement tout-à-fait semblable au tégument adulte : on doit y trouver des papilles dermiques et des glandes

cutanées.

M. Gironde, dans son Mémoire, rapporte un cas dont l'origine serait, d'après lui, traumatique. Nous donnons son observation :

« Le 27 mars 1879, le nommé B..., âgé de 23 ans, »
» se présente à l'Hôtel-Dieu pour se faire enlever une »
» loupe placée derrière l'oreille et qu'il avait, disait-il, »
» depuis un an environ. Mais en l'interrogeant avec »
» soin, on apprenait qu'à l'âge de dix à douze ans, »
» il avait reçu un coup de pierre dans cette région. »
» Il eut une plaie qui saigna beaucoup. Il resta tou- »
» jours après cet accident une légère tuméfaction, »
» mais à peine sensible. Depuis un an environ, il »
» s'est formé à cette région une saillie plus nette, »
» plus arrondie, qui atteignit la grosseur d'un pois, »
» et au bout de six mois elle avait le volume d'une »
» noisette. Cette tumeur continua à s'accroître, et »
» enfin au moment où il vint se faire opérer, elle a »
» le volume d'un œuf de pigeon. Elle est située sur »
» l'apophyse mastoïde du côté droit, sur la limite »
» des cheveux ; elle est sous-jacente à la peau qui »
» glisse facilement sur elle, lisse, bien arrondie et »
» indolente ; la peau n'est pas altérée et on n'observe »
» aucune trace de cicatrice. »

Le kyste fut enlevé par Létievant ; le malade guérit. La structure était de tous points semblable à celle des deux autres cas de Gironde : Stratum corneum élémentaire, pas de glandes sudoripares, derme planiforme. Peut-être la tumeur était-elle congénitale ?

3^o COMMENT SE COMPORTENT LES KYSTES SÉBACÉS ?—
Arrivées à un certain degré d'accroissement, les

tumeurs sébacées, par suite de l'atrophie des glandes, restent habituellement stationnaires, diminuent quelquefois de volume ou disparaissent même dans certains cas rares. Lorsqu'elles continuent à progresser ou qu'elles sont exposées aux violences, elles finissent par s'enflammer et suppurent. La guérison peut alors avoir lieu, mais le plus souvent l'inflammation aboutit à la formation de fistules d'une durée variable. Ceci tient à la persistance de l'épithélium ectodermique, qui conserve sa propriété jusqu'à ce qu'une inflammation adhésive se soit emparée de lui.

Ainsi se passent les choses dans les cas ordinaires. Mais souvent, il en est tout autrement et l'évolution pathologique peut aboutir à trois formations de type différent, savoir :

1^o Le kyste huileux.

2^o Le kyste corné.

3^o Le kyste calcifié ou ossifié.

1^o *Kystes huileux*. — Il n'est pas douteux qu'il existe des kystes à contenu huileux. Dupuytren en signale deux cas dans ses *Leçons orales de Clinique chirurgicale*. Mais c'est surtout M. Verneuil qui a insisté sur cette variété (*Société de Chirurgie 1876*). Depuis, MM. Perrin, Albert (de Vienne), Malherbe (de Nantes), Demons (de Bordeaux), Berger, Ledentu et Després en ont rapporté des exemples. Il est à remarquer que, dans toutes ces observations, le siège de la tumeur coïncide avec la place d'une fente branchiale, à la racine du nez, au cou, que le kyste se rencontre toujours chez un sujet peu âgé. Aussi M. Verneuil considère-t-il ces kystes huileux comme

congénitaux. Nul doute, pourtant, que le contenu des kystes sébacés ordinaires ne puisse dégénérer en un liquide huileux, puisqu'à l'examen microscopique, M. Berger a pu trouver dans ce liquide des cellules ectodermiques. D'autre part, la chimie a pu y déceler la présence de l'acide sébacique. L'observation de M. Lannelongue est très probante à cet égard (*Société de Chirurgie. — Séance du 12 novembre 1879*).

Le malade de M. Lannelongue était un notaire, porteur d'un kyste sébacé situé à la région dorsale, à gauche, près de la ligne médiane. La tumeur datait de 5 ans et s'était accrue peu à peu. A la suite d'un voyage en chemin de fer, elle s'enflamma. M. Lannelongue l'ouvrit, en retira une certaine quantité de matière sébacée et la draina. Mais le drain ne fut pas conservé en place, la tumeur se ferma, et trois mois après, elle était redevenue aussi grosse qu'auparavant. M. Lannelongue l'extirpa, mais cette fois, il constata que le contenu était complètement huileux.

M. Lannelongue interprète son observation de la manière suivante : « La formation du liquide huileux » est-elle le résultat d'une sécrétion de la paroi du » kyste ou de la transformation de la matière séba- » cée ? je ne saurais le dire. En tout cas, on peut » désormais assurer qu'il existe une étroite connexion » entre les kystes huileux congénitaux ou accidentels » et les kystes sébacés ordinaires. Au surplus, il » n'entre pas dans mon idée de dire que les kystes » huileux ont toujours cette origine, mais unique- » ment d'établir une corrélation. Ce fait est démon- » stratif : dans une première phase, le kyste était

» exclusivement sébacé ; il est devenu huileux dans
» la suite ».

Dans la même séance, M. Le Dentu s'est nettement prononcé en faveur de l'opinion de M. Lannelongue. Nous admettons également que la matière sébacée des kystes se transforme quelquefois en un liquide huileux.

2^o *Kystes cornés*. — Les kystes sébacés peuvent être envahis par les éléments cornés. Cette forme se rencontre même fréquemment, aussi Abernethy décrivait-il les loupes sous le nom de tumeurs cornées ; il n'admettait pas qu'elles pussent se terminer autrement.

Ces faits n'avaient pas échappé à Cooper qui cite, dans ses Œuvres, deux pièces très intéressantes de cette variété, conservées au musée de l'Hôpital Saint-Thomas, à Londres. Il savait que ces kystes cornés récidivent avec facilité, lorsqu'ils ne sont pas largement enlevés, qu'ils peuvent acquérir un volume considérable. A cet égard, il rapporte une observation très curieuse, due au docteur William Roots, de Kingston. Nous la citons en entier :

« Dans l'année 1796, Jean Kennedy, jardinier de
» feu Richard Sullivan, commença à être attaqué
» d'une tumeur sur le sommet de la tête. Cette tumeur
» fut enlevée avec le bistouri, trois années après
» son apparition. Quelque temps après, une excrois-
» sance de corne se montra à l'endroit où était située
» la tumeur, continua à s'accroître durant les quatre
» années suivantes, jusqu'à l'époque où Kennedy se
» laissa tomber, pendant qu'il levait son chapeau à

» des personnes qui passaient dans le jardin où il
» travaillait. A cette époque, la tumeur n'avait pas
» plus de trois pouces d'épaisseur. {J'observai avec
» beaucoup de soin, et je fis observer à d'autres per-
» sonnes, que la surface de la tumeur était lisse et ne
» donnait issue à aucune matière. Quelque temps après,
» une nouvelle corne commença à paraître, elle res-
» semblait à celle d'un bélier. Le malade n'employa,
» pendant les sept années suivantes, aucun moyen
» pour arrêter les progrès du mal, et il pensait que
» la tumeur tomberait lorsqu'elle aurait atteint un
» certain volume et qu'elle serait parvenue à une
» certaine maturité. Mais en 1811, la tumeur s'était
» tellement développée qu'il était devenu la risée de
» tous ses voisins ; il vint se confier à mes soins. Je
» me décidai à mettre un terme aux tourments de ce
» malheureux, en amputant non seulement la corne,
» mais encore en disséquant chaque portion du kyste,
» afin de prévenir la formation d'une nouvelle excrois-
» sance et d'extirper les racines de cette maladie.
» Depuis l'opération qui date de huit ans, la maladie
» n'a pas récidivé. »

Il n'est pas difficile de donner une explication ana-
tomique de ce phénomène. Les cellules malpighiennes
de la glande, sous une influence quelconque, au lieu
de subir la transformation 'graisseuse, évoluent vers
le type corné, absolument comme si elles avaient une
lame épidermique à construire. Elles forment des
globes cornés, durs et arrondis, qui constituent la
tumeur elle-même ; le volume de cette dernière croît,
lui-même, en raison directe de l'activité des éléments.

Mais il ne faudrait pas admettre, comme semble le faire Astley Cooper, que cet envahissement corné est toujours secondaire et ne se montre que dans une tumeur préexistante. Il arrive fréquemment que les éléments, dès le début de la tumeur, évoluent immédiatement vers le type corné.

3^o *Kystes calcifiés*. — Il n'est pas rare de voir les kystes sébacés envahis par des noyaux calcaires. Tous les ouvrages classiques en rapportent des exemples. La plupart du temps, la calcification se montre dans les kystes qui marchent lentement ou même à la suite d'une violence. Mais cet envahissement, lorsqu'il survient, ne se montre pas toujours tardivement. M. Malherbe (de Nantes), qui a insisté sur ces faits, rapporte des observations où la calcification a été très précoce. Malheureusement, Malherbe a voulu faire de ces tumeurs une variété spéciale d'épithéliome.

MM. Malherbe et Chenantais (de Nantes), (*Société Anatomique 1880-1881*), ont décrit des épithéliomes calcifiés. M. Malherbe a repris cette étude et a présenté ses conclusions à la Société de Chirurgie en 1882, conclusions tirées de l'observation de 15 à 20 cas.

L'épithéliome calcifié, d'après M. Malherbe, représenterait une tumeur dure, bosselée, rarement volumineuse. Sur une coupe, pratiquée après décalcification préalable, on trouverait un stroma et des îlots remplis d'épithélium. Le stroma serait constitué par des travées conjonctives ou osseuses, dont les brides circonscriraient des loges. C'est dans ces loges que l'on trouverait des amas épithéliaux, dont les cellules offriraient un protoplasma calcifié jaunâtre.

Le noyau de ces cellules ne pourrait jamais être coloré. On serait, en somme, en présence de véritables globes épidermiques calcifiés, ou mieux de tubes épithéliomateux, très fréquemment limités à leur périphérie par des myéloplaxes, en voie de dégénérescence calcaire. Enfin, la tumeur serait enveloppée, à sa surface externe, par une capsule fibreuse.

Malherbe admet que ces tumeurs, dont le point de départ est dans les glandes sébacées, « par leur mode » de développement et leur structure, rentrent dans » le genre épithéliome, mais qu'elles s'en écartent » par leur bénignité complète ».

« En dehors de ces tumeurs, dit-il, auxquelles nous » avons donné le nom d'*Épithéliome calcifié*, on » rencontre aussi des tumeurs calcaires, développées » dans les glandes sébacées et qui ne sont autre » chose que des kystes sébacés envahis par la calcification : ces derniers ne présentent en aucun point » la structure épithéliomateuse. »

Plus loin, M. Malherbe ajoute : « Nous devons » maintenant rechercher, si l'épithéliome calcifié se » développe comme lésion primitive dans une glande » saine ou s'il constitue une dégénérescence d'un » kyste athéromateux préexistant. Nous avons vu » (1 cas) qu'il peut se développer dans une vieille » loupe ; mais en est-il toujours ainsi ? Nous inclinons » nous à penser que s'il peut apparaître sinon primitivement, du moins à une époque très précoce ; » en effet, deux de nos observations se rapportent à » des enfants en bas âge, qui ne pouvaient pas avoir » des loupes bien anciennes. Enfin, les commémora-

» tifs nous montrent que les épithéliomes calcifiés
» ont présenté, dès le début, une dureté considérable.
» Nous pouvons conclure de ces faits que, si l'épithé-
» liome calcifié n'est pas une maladie primitive dans
» toute la force du terme, il constitue au moins une
» dégénérescence très-précoce des kystes sébacés. »

L'épithéliome calcifié, suivant Malherbe, comprendrait la plupart des tumeurs calcaires ou osseuses de la peau. Ordinairement rencontré dans la jeunesse, il serait, en outre, plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Il serait, enfin, d'une bénignité complète et la récurrence la grande exception. Cette bénignité tiendrait, d'ailleurs, à une raison physiologique : la calcification rapide et précoce de la tumeur, qui détermine rapidement la mort des éléments.

Nous n'admettons pas l'existence de l'épithéliome calcifié, décrit par Malherbe, comme entité morbide. Il nous semble que M. Malherbe s'est mépris dans l'interprétation de ses analyses microscopiques. Il est bien certain que, si la calcification envahit une loupe, le travail se fera toujours selon un ordre réglé. Dès lors, rien de surprenant qu'au milieu des loges circonscrites par les travées calcaires, on trouve des traînées de cellules épidermiques : elles ont simplement été emprisonnées. Quant à leurs dispositions sous forme de globes ou de tubes, elle n'a rien qui puisse étonner. En effet, M. Chandelux a montré que l'épithélium glandulaire n'aboutissait pas toujours à la transformation graisseuse dans les kystes sébacés ou tout au moins qu'il ne subit sa dégénérescence que par places : « On le voit ordinairement, dit-il, évoluer

» de préférence vers le type corné, si bien que les
» cellules épithéliales de revêtement glandulaire
» deviennent semblables aux cellules cornées de
» l'épiderme. Elles peuvent même se souder par leurs
» bords et donner ainsi naissance à des masses cornées,
» très dures, arrondies, qui constituent la tumeur
» elle-même ». Les globes épidermiques ou les tubes
épithéliomateux de M. Malherbe s'expliquent ainsi.

La cause anatomique de la calcification des kystes
sébacés a été donnée par M. Chandelux en 1879 : elle
est due à la présence des myéloplaxes, que cet histolo-
giste a rencontré dans toutes les tumeurs calcifiées.
C'est là un fait du plus grand intérêt ; en Allemagne,
en effet, depuis quelques années, on attribue à ces
éléments le rôle de sécréter les matériaux calcaires
dans le tissu osseux. « Ils conserveraient donc, dans
» ce cas, dit M. Chandelux, leur action propre et c'est
» à eux que serait due la calcification ».

Nous devons maintenant rechercher si la calcifi-
cation du kyste est une lésion primitive ou une lésion
secondaire, en d'autres termes, si le kyste peut
apparaître d'emblée sous la forme calcaire. Malherbe
le croit. Il fait remarquer que dans plusieurs obser-
vations, la calcification a été très rapide, très précoce.
Il rapporte même deux exemples très probants à
l'appui de ce fait.

La première observation à trait à une tumeur de
de la région parotidienne, que M. Heurtaux a enlevé
à une petite fille de neuf mois. D'après les parents, la
tumeur serait survenue à la suite d'une piqure
d'épingle. Elle présentait plusieurs points calcaires.

Le deuxième cas est une tumeur enlevée par Malherbe lui-même sur une femme de 42 ans. Elle siégeait au front et datait de six mois. Elle était également calcifiée.

Assurément, nous sommes ici en présence de faits d'une calcification hâtive indéniable, bien qu'il ne soit en rien prouvé que la tumeur n'ait pas été primitivement un kyste sébacé simple. A côté de ces faits, on trouve, en effet, des cas évidents où l'envahissement calcaire n'est qu'une dégénérescence d'un kyste simple. Nous n'en voulons comme preuve que l'observation rapportée dans le mémoire de Malherbe.

Une vieille demoiselle de 56 ans portait une loupe à la partie postérieure de la tête. A la suite d'un coup de peigne, la tumeur s'ulcéra et M. Heurtaux dut l'enlever. A l'examen microscopique, Malherbe trouva dans cette tumeur des îlots calcifiés.

Quant à l'âge des sujets porteurs de kystes calcifiés, Malherbe en tient grand compte. D'après lui, les tumeurs calcifiées se rencontreraient de préférence dans la jeunesse, ne seraient pas rares dans l'enfance. On pourrait objecter à Malherbe que sa statistique est numériquement bien faible pour en tirer de semblables conclusions : elle ne porte que sur 15 à 20 cas. D'ailleurs, il ne faut pas oublier que les kystes sébacés ont été rencontrés à tous les âges. Quant à leur calcification rapide dans la jeunesse ou dans l'enfance, on pourrait peut-être l'expliquer par la grande activité des éléments anatomiques dans ces deux âges. Nous ne donnons cette explication qu'à titre de simple hypothèse, mais l'hypothèse qui n'a rien d'in vraisemblable.

ble. Dans tous les cas, elle ne nous paraît pas en désaccord avec les données actuelles de la science.

Au nom de l'anatomie générale, nous rejetons l'existence d'un épithéliome calcifié. La clinique nous fournirait tout autant d'arguments contre cette existence. Il est vrai que Malherbe considère son épithéliome comme d'une bénignité absolue. Mais cette bénignité tient-elle à la spécificité des cellules ou mieux, comme semble l'admettre Malherbe, à leur calcification hâtive, à leur mort par conséquent. Nous ne croyons pas qu'une semblable opinion puisse prévaloir. Ne savons-nous pas, en effet, que la calcification envahit souvent les épithéliomes malins. Or, nous ne nous sommes jamais laissé dire qu'elle en ait ralenti la marche durant une période plus ou moins longue. Là, encore, la théorie de M. Malherbe est en défaut.

Qu'il y ait de véritables épithéliomes dont le point de départ se trouve dans les glandes sébacées ? Nous le reconnaissons aisément, car partout où se rencontre le stratum ectodermique, l'évolution de ce genre de tumeur est anatomiquement possible. Nous en empruntons même une observation indéniable à Malherbe :

« M. Heurtaux a enlevé, à une femme de 36 ans, une
» tumeur qui occupait le sommet de la tête. Cette tumeur sous-cutanée était recouverte par la peau saine.
» Les caractères cliniques firent penser à une tumeur
» fibreuse bénigne. La récurrence eut lieu, six mois
» après l'ablation, sur la cicatrice de la tumeur
» précédente. »

« La première tumeur était farcie de petits kystes.

» Les coupes présentaient l'aspect général de
» l'épithéliome tubulé, mais avec une tendance
» épidermique assez marquée. Il y avait donc là cette
» forme intermédiaire si fréquente entre l'épithéliome
» lobulé et l'épithéliome tubulé ; les kystes étaient
» tous des kystes par dégénérescence, ce qui, comme
» on le sait, est la règle dans tous les épithéliomes. »

Il y a loin entre la structure de cette tumeur et celle d'un kyste sébacé. La marche clinique n'est pas moins différente, puisque, dans le cas de M. Heurtaux, il y eut une récidive après ablation. Ici, nous sommes bien en présence d'un épithéliome véritable. Aussi n'avons-nous pas craint de rapporter cette observation pour bien marquer les différences qui séparent l'épithéliome du kyste sébacé, dans le cas surtout où ce dernier se calcifie.

Non seulement, les kystes sébacés sont envahis par la dégénérescence calcaire, ils peuvent encore subir une ossification partielle. Malherbe en rapporte 4 ou 5 observations, dont l'une a trait à un sujet de 18 ans. Il est probable que ce travail n'est pas sans parenté pathologique avec la présence des myélopaxes, car la plupart du temps, la tumeur présente à la fois des points osseux et des points calcaires.

Dans certains cas, les parties osseuses peuvent être relativement volumineuses. Le docteur Franco, cité par Malherbe, a enlevé une tumeur qui était dans ce cas. Elle avait paru, vingt ans avant son ablation, sur un sujet de 38 ans, à la suite d'une piqûre de guêpe, au niveau de la 2^e vertèbre dorsale. Elle avait grossi peu à peu et avait fini par s'ulcérer par places.

Franco trouva dans cette tumeur un os véritable. Cet os, avec les parties qui l'enveloppaient, présentait les dimensions suivantes :

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Longueur} \text{ — } 8 \text{ c.} \\ \text{Largeur} \text{ — } 5 \text{ c.} \\ \text{Épaisseur} \text{ — } 1 \text{ c.} \end{array} \right.$$

Les divers auteurs classiques décrivent bien les ostéomes, les pierres de la peau, mais ils sont muets sur leur origine. Martin Wilckens (*Thèse inaugurale de Göttingue 1858*), le premier, les a considérés comme des tumeurs épithéliomateuses. Nous donnons son observation d'après Malherbe :

« Femme de 43 ans ; début depuis 13 ans d'une » petite tumeur au front qui suppure. La tumeur en- » levée est composée d'os vrai et de cellules épithéliales, » réunies en masses entre les travées osseuses. Wil- » ckens termine ainsi son observation : « *Dans l'état » actuel de la science, il faut considérer cette tumeur » comme un cancroïde, dont les cellules ont subi une » métamorphose régressive calcaire et dont le stroma » s'est transformé en os vrai.* »

A Malherbe revient véritablement l'honneur d'avoir fixé l'origine glandulaire de ces tumeurs. Mais il a eu le tort, selon nous, d'avoir voulu en faire des épithéliomes. Il appuie son opinion sur une discussion qui eut lieu à la Société Anatomique en 1872, à la suite d'une présentation de Trélat, et à laquelle prit part M. Ranvier. « On peut voir, dit Malherbe, par » le compte rendu de la séance que ces deux savants » ont bien compris qu'ils étaient en présence d'une

» tumeur encore mal étudiée dans sa nature, mais
» ils n'ont nullement reconnu la nature épithélio-
» mateuse. »

La tumeur enlevée par Trélat était située à la queue du sourcil droit ; de la grosseur d'une amande, elle était indolente, dure, mobile sous la peau, mais adhérente profondément. La malade était une jeune femme de 27 ans ; elle ne put dire si la tumeur était congénitale ou acquise, car elle ignorait l'époque de son apparition, mais elle affirmait l'absence de tout traumatisme.

L'absence de commémoratifs, la mobilité de la tumeur sous les parties superficielles et son adhérence profondément, firent penser à Trélat qu'il avait affaire à un kyste dermoïde. Il l'extirpa.

La tumeur renfermait un petit noyau dur de 15^{mm} de longueur sur 12^{mm} de largeur. L'examen microscopique y dévoila l'existence d'un tissu osseux parfaitement constitué, avec ses canaux de Havers.

A la Société Anatomique, M. Ranvier s'exprime ainsi sur la structure de cette tumeur : « à côté d'un » tissu osseux bien constitué, pourvu de canalicules » et d'ostéoplastes, on voit, sur des préparations » de cette tumeur, des petites masses crétacées, Il y » a là une structure complexe, de laquelle découle ce » fait qu'on peut voir se développer du tissu osseux » vrai dans une couche calcaire.

« Ainsi, dans un kyste sébacé, il se fait des transformations calcaires au sein desquelles peuvent » apparaître de petites masses osseuses.

« L'examen des lamelles osseuses, dans le cas de » M. Trélat, pourra peut-être éclairer cette origine. »

De ces faits, il ressort clairement que MM. Ranvier

et Trélat n'ont pas cru le moins du monde être en présence d'une tumeur d'un nouveau genre. Mais, tandis que M. Ranvier croit à un kyste sébacé envahi par l'ossification, M. Trélat veut y voir un kyste dermoïde. Au fond, la différence n'est pas grande, si l'on tient compte de l'analogie de ces deux sortes de tumeurs au point de vue anatomique. Ces deux savants n'ont vu là qu'une dégénérescence osseuse d'un kyste, sans plus s'inquiéter des masses épithéliales échelonnées le long des travées osseuses, par le seul fait de la direction du travail ossificateur. Nous nous rangeons à cette opinion.

4^o PATHOGÉNIE. — Les diverses considérations que nous venons d'exposer nous permettent maintenant d'interpréter la signification pathogénique des kystes sébacés. Ces tumeurs représentaient, pour les Anciens, une accumulation de la pituite. Après la découverte des lymphatiques par Olaüs Rudbeck, le rôle de la pituite fut attribué à la lymphé. Il faut véritablement arriver à Astley Cooper, à Béclard, à Cruveilhier, pour voir considérer ces kystes comme résultant de l'accumulation, dans une glande, du produit de sa sécrétion. Tous les classiques adoptèrent cette opinion. L'oblitération du conduit excréteur de la glande fut accusée comme cause principale : des kystes sébacés, on fit, dès lors, des *kystes par rétention*.

Cruveilhier, dans son Anatomie Pathologique, fait cependant remarquer qu'il a vu des kystes dont le canal n'était pas oblitéré, lesquels n'en persistaient pas moins pour cela. D'autre part, Virchow savait bien que la distension d'une glande, par l'accumulation

des produits de sécrétion, n'aboutit pas à l'hypertrophie de cette glande, mais au contraire à son atrophie. Ce sont là deux faits capitaux dont nous nous servirons avantageusement dans quelques instants. Enfin, le professeur Léon Tripier (*article Loupe du Dictionnaire des Sciences Médicales*) fait pressentir que les kystes reconnaissent pour cause une altération générale, mais il n'explique pas cette altération. C'est M. Chandelux (*Lyon Médical 1879*) qui, le premier, a décrit l'altération épithéliale.

Et d'abord, il ne faut pas oublier que la glande sébacée a pour rôle physiologique de sécréter de la graisse. Selon M. Aubert (de Lyon), cette graisse serait huileuse à l'état normal, ainsi que le démontrent les taches qu'elle laisse sur le papier. Il en résulte que ce corps, physiquement très voisin de l'état liquide, peut facilement s'écouler au dehors. Mais que, pour une cause ou pour une autre, la sécrétion ne soit pas liquide, il arrivera fatalement qu'elle s'écoulera moins librement : de là son accumulation possible. C'est précisément ce qui arrive dans la formation des kystes sébacés.

On sait que la graisse apparaît dans le protoplasma des cellules malpighiennes, sous forme de gouttelettes dont le nombre s'accroît progressivement. Ces gouttelettes distendent peu à peu la cellule qu'elles envahissent ; celle-ci finit par se rompre et donner issue à son contenu, qui s'écoule facilement par un conduit excréteur qui débouche au voisinage de l'orifice du follicule pileux, grâce à sa fluidité. Il n'en est pas toujours ainsi. Il peut arriver que la transformation

des cellules ectodermiques soit incomplète : les gouttelettes graisseuses restent renfermées dans la cellule qui ne se rompt plus, mais se détache simplement et tombe dans la cavité de l'acinus glandulaire. Le contenu de la glande ne s'écoule plus au dehors, il s'accumule et distend la cavité glandulaire : telle est l'origine véritable des kystes sébacés. La cause de ces tumeurs n'est donc pas une oblitération du conduit excréteur, mais bien un trouble primitif dans l'évolution normale de l'épithélium glandulaire.

Mais l'évolution de cet épithélium glandulaire n'aboutit pas constamment à la formation d'une graisse plus ou moins liquide. Elle tend très fréquemment vers le type corné. Enfin, la calcification est loin d'être rare, probablement grâce à la présence des myéloplaxes. Aussi, M. Chandelux qui a beaucoup insisté sur ces faits, propose-t-il de classer en trois groupes principaux les divers kystes sébacés :

Loupes	{	Stéatomateux.
ou kystes sébacés		Cornés.
		Calcaires.

Nous considérons donc la cause fondamentale des kystes sébacés, comme résultant d'un trouble primitif des cellules glandulaires. Là, peut-être, est la raison pour laquelle ces tumeurs sont héréditaires et se rencontrent fréquemment en grand nombre sur un même individu. « Si la théorie de la rétention était » exacte, dit M. Chandelux, on ne comprendrait pas » pourquoi lorsqu'on a, par pression, vidé le contenu » d'une tanne et laissé largement ouvert l'orifice dans

» lequel s'engage un bouchon cellulaire, il n'y a pas
» guérison de l'affection, puisque, à partir de ce
» moment, le produit de sécrétion trouve une voie
» libre vers l'extérieur. Comme la récidue, en pareil
» cas, est la règle, il est déjà probable que la matière
» sécrétée est notablement altérée dans sa nature. »

Nous connaissons ces altérations, elles expliquent suffisamment les réserves que faisait Cruveilhier à propos de la pathogénie des kystes dont l'orifice n'est pas fermé.

Quant à Virchow, il avait raison de dire que l'occlusion du canal excréteur d'une glande en provoque l'atrophie. Ainsi, d'après M. Aubert, Hébra (de Vienne), aurait pu déterminer l'atrophie des glandes sudoripares des pieds, en recouvrant la face plantaire avec des bandelettes agglutinatives de diachylon.

5^o LES KYSTES SÉBACÉS SE TRANSFORMENT-ILS EN TUMEURS MALIGNES? — Depuis longtemps, la possibilité de cette transformation est admise. Il est certain que bon nombre de méprises ont été commises à cet égard. D'ailleurs, l'aspect de la tumeur peut souvent induire en erreur. Dans le cas de Rouget (*Société de Biologie 1850*), le microscope seul pouvait trancher la question.

Nous rapportons in-extenso l'observation de Rouget, intitulée :

Observation sur une tumeur épithéliale du cuir chevelu, ayant détruit en partie les os de la voûte crânienne et présentant une structure toute spéciale. —

« La femme Rosalie Robin, épuisée par de longues

» souffrances, à l'époque de son entrée à l'Hôpital
» Saint-Antoine, service de M. Chassaignac, salle
» Sainte-Marthe, n° 1, paraît avoir joui autrefois
» d'une bonne constitution. Elle est d'une famille
» saine, elle a eu elle-même plusieurs enfants qui
» vivent et sont bien portants. »

« A l'âge de 25 ans, cette femme s'aperçut qu'elle
» portait sur le sommet de la tête deux petites tumeurs
» de la grosseur d'une noisette, indolentes, même au
» toucher, mobiles, molles, dégarnies de cheveux,
» présentant en un mot tous les caractères des loupes,
» si fréquentes dans cette région. »

« A 40 ans, ces tumeurs avaient à peine acquis le
» volume d'une noix, lorsque la femme Robin fut
» frappée à la tête par une branche de framboisier,
» dont une épine pénétra dans l'une des loupes. Cette
» ponction accidentelle donna issue à une matière
» d'un blanc crémeux, peu liquide, semblable à du
» fromage blanc, au dire de la malade. Les suites de
» cet accident étant négligées, la petite plaie ne se
» referma pas. La tumeur ne causait toujours aucu-
» ne douleur, et la femme Robin n'y apportait
» d'autre soin que de la presser tous les jours et d'en
» faire sortir quelques parcelles de cette matière
» athéromateuse dont nous avons parlé. La santé
» générale est du reste excellente. »

« La femme Robin a un enfant, le nourrit elle-
» même. Quelques années après, les règles se suppri-
» ment sans causer d'autres accidents que quelques
» douleurs lombaires, et pendant 40 ans encore, la
» femme Robin continue à jouir d'une santé excellente.

» Les deux tumeurs, toujours indolentes, augmen-
» taient lentement de volume : en trente ans, elles
» avaient à peine atteint celui d'un œuf de poule. »

« A 60 ans, les choses étant dans cet état, Rosalie
» Robin fait une chute de voiture et tombe sur le
» sommet de la tête, précisément sur le point où
» étaient situées les deux tumeurs. Une hémorrhagie
» assez abondante a lieu. Quinze jours après, de vives
» douleurs, des élancements insupportables se
» montrent dans les tumeurs qui s'accroissent rapi-
» dement et égalent bientôt le volume du poing. En
» même temps, la petite plaie, qui, depuis vingt ans,
» était restée stationnaire et avait à peine un demi
» centimètre de diamètre, s'élargit rapidement.
» L'ulcération qui en résulte, donne lieu, presque
» tous les jours, à un écoulement de sang très
» abondant. La suppuration est aussi très abondante
» et fétide. La femme Robin se décide alors à consulter
» un médecin, qui lui conseille de ne rien tenter pour
» la guérison de sa maladie. »

« Cinq ans se passent, pendant lesquels la constitution
» de la femme Robin s'affaiblit lentement sous
» l'influence, tant des hémorrhagies répétées que des
» élancements et des douleurs violentes dont les
» tumeurs sont le siège. »

« A 65 ans, une nouvelle exacerbation a lieu dans
» la maladie. La tumeur recommence à croître et
» atteint bientôt un volume énorme. L'ulcération, de
» son côté, fait des progrès, mais plus en surface
» qu'en profondeur. Enfin, il y a deux ans, deux
» tumeurs nouvelles apparaissent vers l'occiput. Dès

» le début, elles sont le siège de douleurs violentes,
» elles s'accroissent rapidement, acquièrent le volume
» du poing et rejoignent bientôt la première tumeur
» qui n'occupait que le sommet de la tête. »

« Au commencement de juillet 1850, lorsque la
» malade, alors âgée de 68 ans, entre à l'hôpital, elle
» est dans un état d'épuisement profond. La face est
» d'un jaune de cire, bouffie, légèrement œdématisée,
» ainsi que les pieds et les mains. La femme Robin
» mange à peine, elle ne dort plus, tant les douleurs
» sont violentes. Ses forces sont épuisées, la respira-
» tion même se fait difficilement. »

« La région crânienne est surmontée d'une tumeur
» énorme qui s'évase vers le haut, et présente assez
» bien le volume et la forme d'une toque ou d'un
» turban ».

« La face supérieure de cette tumeur est largement
» ulcérée, inégale, bosselée, présentant ça et là des
» excavations, des anfractuosités. La surface de
» l'ulcération est d'un gris rougeâtre et saigne très-
» facilement. Quant à la tumeur elle-même, elle est
» formée de plusieurs bosselures volumineuses, dont
» quelques-unes sont le siège d'une véritable fluc-
» tuation. »

» Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, deux
» hémorrhagies assez abondantes ont lieu par la
» surface de la tumeur ulcérée. La suppuration est
» excessivement abondante et très fétide. L'ulcération
» gagne de plus en plus en profondeur, et ses progrès
» sont encore accélérés par une cautérisation avec le
» crayon de potasse caustique, pratiquée par M.

» Chassaignac. Les os, eux-mêmes, détruits par les
» progrès de l'ulcération, laissent bientôt apercevoir
» la dure-mère à nu et il est facile de constater les
» battements du cerveau. »

« Cependant les forces de la malade déclinent de
» jour en jour ; la respiration est de plus en plus
» gênée. Bientôt, elle tombe dans un assoupissement
» continu et, enfin, succombe dans un état vérita-
» blement comateux. »

« L'autopsie a lieu le 26 juillet, 36 heures après la
» mort. »

« Tous les viscères sont parfaitement sains, sauf le
» cerveau qui, dans le point correspondant au fond
» de l'ulcération, présente une teinte d'un gris verdâtre
» qui s'étend à toute l'épaisseur de la substance
» grise. »

« Les ovaires sont couverts de petits kystes séreux.
» Un petit corps fibreux, de la grosseur d'un grain de
» maïs, existe dans la paroi postérieure de l'utérus. »
» *Examen de la tumeur.* — Les cinq sixièmes de
» la tumeur ont disparu ; aux limites de la région
» qu'elle occupait, il existe seulement une espèce de
» couronne, constituée par ses débris. La voûte
» crânienne est presque entièrement à nu. Les os,
» recouverts seulement d'une couche mince de tissus
» malades, sont dénudés dans beaucoup de points.
» Leur surface est érodée, couverte de petites
» fossettes, parcourues elles-mêmes par d'innombra-
» bles sillons vermiculaires. Au milieu, une large
» solution de continuité laisse apercevoir la dure-mère,
» recouverte en ce point de plaques d'un blanc

» grisâtre, épaisses à peu près d'un millimètre. A la
» région frontale, existe encore une des bosselures de
» la masse primitive, présentant très nettement la
» fluctuation que nous avons signalée : c'est un kyste
» du volume d'un œuf, entièrement rempli d'une
» substance gélatineuse, aréolaire, semblable à de
» la matière colloïde. »

« Quant aux portions de la tumeur qui restent
» encore, ce n'est pas sans étonnement qu'au lieu de
» matière cancéreuse que l'on s'attendait à y rencon-
» trer, on les trouve constituées par une substance
» d'aspect singulier, presque entièrement composée
» de petits grains blanchâtres, pour la plupart de la
» grosseur d'un grain de chènevis ; beaucoup ont à
» peine le volume d'une tête d'épingle, quelques-uns
» égalent presque une petite noisette. Ce sont de petits
» kystes logés dans une espèce de gangue amorphe,
» d'un blanc mat, sèche à la coupe et d'apparence peu
» vasculaire, à laquelle ils adhèrent si peu qu'on peut
» les extraire facilement avec la pointe du scalpel. On
» trouve de ces kystes dans toutes les portions de la
» tumeur et à tous les degrés de développement. Dans
» certains points, ils paraissent constituer toute la
» masse ; dans d'autres, ils sont épars au milieu d'une
» substance finement grenue. Quelques-uns de ces
» petits kystes sont logés, comme dans une alvéole,
» dans de petites fossettes creusées à la surface des os. »

« La peau qui recouvre ces débris de tumeur paraît
» saine en grande partie ; elle est garnie de cheveux
» et n'adhère pas aux tissus malades, qui, au contrai-
» re, font en quelque sorte corps avec les couches

» subjacentes. »

« Les kystes renferment tous, dans leur intérieur,
» une matière demi-liquide, d'apparence caséiforme,
» qui ne se dissout pas dans l'eau, mais s'y divise à
» l'infini. »

« L'examen microscopique nous montre cette ma-
» tière constituée entièrement par des cellules épider-
» miques polygonales, en partie déformées et détruites.
» Mais en grattant les parois des kystes, on obtient
» de petites masses caséiformes plus consistantes, qui,
» traitées par l'acide acétique, se résolvent en cellu-
» les épidermiques entières et à noyau très-évident.
» Nulle part, je n'ai trouvé de cristaux de cholesté-
» rine. Les parois mêmes des petits kystes paraissent
» constituées, dans toute leur épaisseur, par des cellu-
» les épidermiques; les mêmes cellules paraissent être
» aussi l'élément de la gangue où sont logés les
» kystes. »

« J'ai dit que, dans certains points de la tumeur où
» les kystes étaient moins nombreux, on voyait une
» substance finement grenue. Examinée à de faibles
» grossissements, cette substance paraît entièrement
» composée d'utricules glandulaires, pédiculées et
» réunies en grappe. Il ne m'a pas été possible d'iso-
» ler, dans cette masse, le conduit excréteur commun.
» A de plus forts grossissements, ces utricules mon-
» trent, à travers une paroi enkystée, un contenu
» grenu de cellules probablement épidermique. Enfin,
» ces mêmes cellules constituent les plaques grisâtres
» qui recouvrent la face externe de la dure-mère
» dénudée. »

Rouget ajoute que dans cette observation, si on tient compte de la marche lente de la tumeur, de la localisation bien limitée, de l'absence des engorgements lymphatiques, il est déjà permis d'écarter l'idée d'un cancer malgré les effroyables ravages causés par elle.

L'examen histologique, pratiqué par Lebert et Follin, prouva qu'on avait affaire à un kyste sébacé.

Dans son rapport à la Société de Biologie sur l'observation de Rouget, Lebert s'exprime ainsi : « L'in-
» flammation et l'ulcération d'une tumeur sébacée
» volumineuse ne constitue pas un fait extrêmement
» rare. Nous avons entre autres, observé un exemple
» de ce genre, en 1843, dans le service de Bérard, à
» l'Hôpital de la Pitié, et dans ce cas, comme d'au-
» tres analogues, on avait cru que la tumeur avait
» dégénéré, ce que l'examen de la pièce réfuta com-
» plètement. »

Nous pensons que, malgré les conclusions de Lebert et de Follin, il faudrait peut-être faire des réserves très grandes à l'égard du cas de Rouget. A cette époque, on était en plein règne de la prétendue cellule cancéreuse et le microscope était loin de fournir des données aussi précises qu'aujourd'hui.

Pourtant, on a vu l'usure des os du crâne déterminée par les pressions provenant d'une loupe. L'observation suivante intéressera à plus d'un titre :

« La nommée Marie Carte, âgée de 71 ans, entre à
» l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Sainte-Anne, n° 26,
» dans le service de M. le professeur Léon Tripier,
» suppléé par M. le docteur Chandelux, le 27 août

» 1884. Cette malade porte deux tumeurs situées sur
» la région crânienne : l'une au vertex, l'autre au
» niveau de l'occiput. Ces deux tumeurs, qui ont
» actuellement le volume d'une noix, ont débuté il y
» a plus de quinze ans : elles ont grossi très lentement
» et sans causer de douleurs jusqu'à ces derniers
» temps, mais depuis quinze jours environ, leur
» augmentation a été, bien que sans cause apprécia-
» ble, beaucoup plus rapide et leur volume, dans ce
» court intervalle, a presque doublé. En même temps,
» quelques douleurs légères se montraient à leur
» niveau. A l'examen, ces tumeurs présentent les ca-
» ractères suivants : elles sont sphériques ; la peau, à
» leur niveau, n'est pas ulcérée, mais a subi un amin-
» cissement assez marqué sous l'influence de la dis-
» tension. En outre, les téguments, bien qu'ayant
» conservé leur coloration à peu près normale, sont
» parcourus par un assez grand nombre de bran-
» ches vasculaires, distinguées nettement. La surface
» de ces tumeurs est lisse, régulière ; dans une partie
» de son étendue les cheveux ont disparu, elle est
» glabre. Lorsqu'on cherche à faire glisser la peau à
» leur surface, on constate qu'il n'y a adhérence
» des téguments qu'au point culminant de chaque
» tumeur. Les tumeurs sont adhérentes, peu mobiles
» sur les parties profondes : à leur périphérie, on ne
» trouve pas de bourrelet induré. La fluctuation est
» nette ; il n'existe aucun battement. Chaque tumeur
» est absolument irréductible et ne subit point de
» mouvements d'expansion dans les efforts de toux.
» Aucun engorgement des ganglions cervicaux ou

» occipitaux; aucune trace de syphilis. »

» En présence de ces caractères, il ne pouvait
» s'agir ni de gommes syphilitiques, ni de tumeurs
» veineuses du crâne, semblables à celles décrites
» par Gosselin, ni de tumeurs malignes des os ou de
» la dure-mère : le seul diagnostic possible était celui
» de kyste sébacé. »

« L'opération, après anesthésie, fut pratiquée le 2
» septembre. Chaque poche incisée donna issue à un
» magma grumeleux, dilué dans une certaine quan-
» tité de liquide purulent. Il ne fut pas possible d'énu-
» cléer les parois des kystes en raison de leur amin-
» cissement et l'on remarqua, en outre, qu'il existait
» sur les os du crâne, dans les points correspondants,
» deux dépressions hémisphériques, dont les parois
» étaient tapissées par une membrane semblable à
» celle qui recouvrait la surface entière de la tumeur.
» Par le râclage, à l'aide de la curette de Volkmann,
» cette paroi fut aisément enlevée et l'on reconnut
» alors qu'au-dessous d'elle la dépression osseuse
» était représentée par du tissu compacte, éburné, sans
» aucune trace de vascularisation, ni de bourgeons
» émanés du tissu osseux lui-même. »

« L'examen histologique a montré que le contenu
» de ces tumeurs était représenté par des cellules
» épithéliales, de la matière sébacée et de nombreux
» globules de pus. Les parois, elles-mêmes, mon-
» traient encore un revêtement épithélial semblable à
» celui qu'on observe dans les kystes sébacés athé-
» romateux. »

« Après incision et râclage de ces tumeurs, la su-

» ture métallique fut faite et un petit drain placé au
» point déclive, puis un pansement antiseptique fut
» appliqué. »

« La malade alla bien pendant quelques jours,
» mais elle fut contagionnée par une malade atteinte
» d'érysipèle, venue du dehors. L'érysipèle, chez
» notre sujet, ne débuta pas au niveau des plaies re-
» couvertes par le pansement antiseptique, mais
» sur la face, de chaque côté du nez, sous la forme
» de l'*Érysipèle en lunette* de Trousseau. Au reste, en
« 15 jours tout fut terminé et, un mois environ après
» son opération, la malade sortit guérie. »

« Cette observation nous semble démontrer, d'une
» façon absolument certaine, la possibilité de l'usure
» des os du crâne par la pression longtemps prolon-
» gée d'un kyste sébacé. Nous remarquerons que,
» dans ce cas, il s'agit d'une femme et nous croyons
» que le mode particulier de coiffure, en rapport avec
» la longueur des cheveux, est l'une des causes de
» cette action érosive des tumeurs sur le tissu osseux.
» Les cheveux, en effet, venant passer sur la surface
» externe de la tumeur, agissent sur elle à la façon
» d'une sangle, la compriment au dehors, l'appliquent
» solidement sur les os sous-jacents et, par suite,
» doivent agir mécaniquement et énergiquement sur
» l'usure consécutive et progressive de ces derniers. »

Presque tous les classiques admettent que les kystes
sébacés peuvent dégénérer en tumeurs malignes.
Cruveilhier, Lebert, Sédillot pensent à la possibilité
de cette transformation, et Boyer prétend en avoir
observé un cas à la suite d'une application intempe-

tive de caustiques.

Broca, dans son *Traité des Tumeurs*, ne partage pas cette opinion, il dit textuellement : « Les cas de » ce genre (*kystes ulcérés*) ont fait admettre que les » loupes de cuir chevelu pouvaient se transformer en » cancer, supposition qu'on nous permettra d'écarter » sans réfutation. »

Nous rattacherons-nous à l'opinion de Boyer ou suivrons-nous la doctrine de Broca ?

Broca est trop exclusif, mais Nélaton est certainement dans l'erreur, lorsqu'il dit (*Pathologie Chirurgicale*), en parlant des loupes du cuir chevelu : « nous » avons vu plusieurs fois survenir de véritables » dégénérescences de ces tumeurs. » Pour nous, qui avons sérieusement parcouru la littérature médicale, nous n'avons pu trouver que deux exemples indiscutables de transformation maligne des kystes sébacés. Aussi rejetons-nous l'opinion de Nélaton et des auteurs. Nous refusons d'abord droit de cité au fait de Boyer, parce que, en pareil cas, un examen microscopique attentif pouvait seul trancher la question. Il est probable que l'ingénieux observateur prit pour un cancer l'une de ces loupes ulcérées et fongueuses, sur la nature desquelles il est si aisé de se méprendre au premier abord. Rouget, Chassaignac et Cruveilhier ont été très embarrassés en pareille occurrence. Or, dans ces cas qui ressemblaient si fort au cancer par leurs allures, le microscope ne dénota rien de cancéreux.

Bien qu'il en soit, la dégénérescence cancéreuse est possible. Nous en possédons deux cas authentiques. L'un deux est rapporté par M. le professeur Léon

Tripier :

« La suppuration, dit M. Tripier, en parlant des
» loupes, peut donner lieu à des fistules. C'est dans
» ces circonstances qu'on a vu survenir une véritable
» dégénérescence. Tout récemment, nous avons eu
» l'occasion de rencontrer un cas de ce genre dans le
» service de M. le docteur Dron, à l'hospice de
» l'Antiquaille, à Lyon. L'examen histologique n'a
» pas laissé de doute sur la nature cancéreuse de la
» tumeur, qui avait environ le volume d'une grosse
» noix et était ulcérée depuis plusieurs mois. La
» malade, âgée de 67 ans, présentait encore 5 ou 6
» petites loupes au niveau du cuir chevelu. »

Le second cas a été recueilli par le docteur Greuell, en 1872, dans le service de Gosselin. Il le rapporte tout au long dans sa thèse :

« Une femme, âgée de 54 ans, avait eu plusieurs
» loupes depuis une dizaine d'années ; durant ce
» temps, elle en avait fait extirper deux ou trois.
» Lorsque la malade entra dans le service de Gosselin,
» elle ne portait plus qu'une seule tumeur, atteignant
» presque la surface du poing, et siégeant à la partie
» postérieure et supérieure du pariétal gauche. Cette
» tumeur était formée par quatre bosselures très nettes,
» dures. Sur l'une d'elles, on observait un trajet
» fistuleux, donnant issue à une faible quantité de
» matière sanieuse, à odeur fétide. — Application de
» pâte de Vienne sur la tumeur. On énuclée ensuite
» deux des kystes. L'un d'eux, celui sur lequel siégeait
» l'orifice fistuleux, au lieu de contenir de la matière
» sébacée, était rempli par une masse friable,

» adhérente à la poche. Le kyste contenait, en outre,
» de nombreux vaisseaux. — L'examen histologique a
» prouvé nettement la dégénérescence épithéliale. Les
» deux autres kystes ne possédaient pas d'éléments
» cancéreux. »

Ne posséderions-nous que ces deux exemples, la dégénérescence des kystes sébacés n'en serait pas moins prouvée. Mais l'opinion de la plupart des auteurs est absolument fausse : la transformation maligne n'est pas fréquente, elle est, au contraire, la grande exception. Si nous avons si longuement insisté sur ces faits, c'est qu'ils ont une importance pronostique capitale. Il est évident que si la dégénérescence cancéreuse était fréquente, le pronostic serait singulièrement aggravé. Il en découlerait une indication thérapeutique de premier ordre : l'ablation radicale et hâtive.

PARTIE CLINIQUE.

Etiologie

L'étiologie des kystes sébacés n'est pas très-bien connue. La plupart du temps, les malades incriminent un traumatisme plus ou moins considérable, d'ordinaire les frottements. Il est certain que le traumatisme n'est pas sans importance. Une observation du mémoire de Malherbe en est un exemple très curieux : la tumeur avait succédé à une piqure d'épingle.

L'âge et le sexe ont une influence non douteuse. D'après Lebert, les kystes sébacés sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme, dans une proportion de 33 cas contre 24. Cependant, Girard, dans sa Lupiologie, cite une exception fort intéressante : c'est le cas d'une famille entière, dont toutes les femmes, depuis trois ou quatre générations, étaient sujettes à ce genre de tumeurs ; les hommes en étaient exempts.

Lebert a noté l'âge dans 50 cas : 4 fois, le mal paraissait congénital ou développé avant l'âge de cinq ans, 1 fois de cinq à dix ans, 2 fois de quinze à vingt

ans. C'est de vingt à quarante ans que nous trouvons la plus grande fréquence: 26 cas. Au-delà de cet âge, elle décroît sensiblement, bien qu'on ait rencontré des loupes jusque dans l'extrême vieillesse. Ici, la statistique n'est peut-être pas d'un grand poids, car les personnes âgées se préoccupent assez peu d'une affection indolore et, par conséquent, ne consultent pas.

Dans ses recherches sur l'épithéliome calcifié, M. Malherbe n'arrive pas aux mêmes résultats que Lebert au point de vue de l'influence du sexe et de l'âge. Sur 11 cas qu'il rapporte, 8 appartiennent au sexe féminin et 3 seulement au sexe masculin. Sur ces 11 cas, l'un appartient à un enfant de neuf mois, un autre à un enfant de 16 mois, un troisième à un enfant de 14 ans. En outre, Malherbe fait remarquer que, dans presque toutes les autres observations, la maladie a débuté de bonne heure. Il résulterait de ces faits que l'épithéliome calcifié suivrait une loi précisément inverse de celle des kystes sébacés ordinaires, par rapport à l'âge et au sexe. Pour deux motifs, nous croyons qu'il n'en est rien : d'abord la faiblesse numérique de la statistique de Malherbe, en second lieu, la rapidité avec laquelle les loupes peuvent se calcifier, dernier fait bien mis en lumière par Malherbe lui-même. Enfin, nous n'admettons pas l'épithéliome calcifié comme entité morbide, nous avons dit pourquoi.

On a également accusé les diverses irritations de la peau. Tatum, cité par le professeur Léon Tripier, rapporte l'observation d'une loupe qui s'était déve-

loppée dans une cicatrice. En général, les maladies du cuir chevelu prédisposent à ce genre d'affection, témoin le cas de Luigi Porta, dans lequel un érysipèle du cuir chevelu fut suivi de l'apparition d'une série de petites tumeurs sébacées (*Luigi Porta. — Dei tumori sebacei folliculari*, page 32, Milano 1856). Enfin, la grossesse serait aussi une cause prédisposante.

Il ne faut pas, selon nous, exagérer l'influence de grossesse, signalée par tous les classiques. La valeur de cette cause ne repose que sur une seule observation de Rognetta (*Gazette Médicale de Paris 1833*). Ce chirurgien dit avoir connu une dame qui portait une douzaine de loupes au cuir chevelu. D'après la malade, chacune de ces tumeurs aurait paru à l'époque d'une grossesse ; avec la ménopause, il ne s'en développa plus. En présence de ce cas unique, il nous semble bien permis d'accuser une simple coïncidence de hasard.

Il n'est pas rare de trouver des kystes sébacés multiples sur un même individu, absolument comme s'il s'agissait d'une véritable diathèse. Bien plus, ils peuvent apparaître tout-à-coup à la manière des éruptions confluentes d'acné, sans qu'il soit possible d'assigner une explication rationnelle à ce phénomène (*Camille Misset. — Thèse de Paris 1872*), et Lebert dit très-franchement que la force athéromateuse du *Molluscum*: « n'est autre chose qu'une diathèse de » tumeurs sébacées, dont la nature contagieuse, » admise antérieurement, est aujourd'hui reléguée » dans le domaine des fables. » Mais cette prédisposition

est-elle héréditaire, comme le voulait Roux ? Le fait n'est pas douteux. Cruveilhier et Lebert ont pu le constater, chacun dans une famille, et cela sur trois générations. Rust est même allé plus loin et a classé les kystes sébacés dans les affections constitutionnelles.

Ces faits n'avaient point échappé à Cooper. « Les » tumeurs sébacées, dit-il, sont ordinairement » héréditaires. J'ai souvent entendu faire à des » malades la réflexion suivante : *j'ai plusieurs tumeurs » sur la tête et mon frère (ou ma mère) en a également » plusieurs.* » Plus loin, il ajoute : « Les tumeurs » sébacées attaquent également plusieurs membres » de la même famille. Le Dr Pacifico me pria » d'enlever plusieurs de ces tumeurs à un malade qui » demeurait près de la maison de ce médecin, dans » la rue de Bury, à Londres. Lorsque j'eus terminé » l'opération, un parent du malade me dit : *monsieur,* » *vous m'obligerez de me faire la même opération et » un autre membre de la même famille me fit la » même demande.* »

Assurément, outre la cause locale, mécanique, il y a, le plus souvent, une cause générale dont le rôle est prépondérant. Cette cause générale que M. Tripiier regardait déjà comme un trouble de sécrétion en 1869 (*Article Loupe — Dictionnaire des Sciences Médicales*), avait été pressentie par Cruveilhier. Depuis, nous l'avons dit précédemment, M. Chandelux a pu démontrer que le trouble sécrétoire consistait dans une évolution vicieuse de l'épithélium glandulaire. Là, peut-être, est la raison véritable de l'hérédité des kystes sébacés et de leur multiplicité possible sur un même sujet.

Symptômes

Partout où on rencontre la peau, les glandes sébacées et les follicules pileux, l'existence des kystes sébacés est possible. Aussi en a-t-on trouvé sur presque toutes les parties du corps. Toutefois les régions exposées aux traumatismes, aux frottements divers, sont les plus souvent affectées. Dans son Anatomie Pathologique, Lebert donne une statistique du siège de ces tumeurs, statistique qui porte sur 69 cas, ainsi répartis :

Face..	16
Cuir chevelu	12
Nuque et cou	16
Epaule	1
Thorax	2
Abdomen	3
Fesse.	2
Endroits divers. . . .	17
Total.	69

L'un de ces derniers cas siégeait dans le conduit auditif externe; il y avait destruction partielle de l'oreille interne.

Le crâne et la face sont les lieux d'élection de ce genre de tumeurs. Ceci n'est ni un effet du hasard, ni simplement la conséquence de l'exposition de ces régions aux traumatismes, mais bien le résultat d'une disposition anatomique qui nous est connue. Par contre, la plante des pieds et la paume des mains,

sont les seules régions où on ne les a pas observées. Mais les kystes sont fréquents aux paupières, notamment chez les personnes âgées : ils sont toujours très petits, d'où le nom de *Milium palpebral*, sous lequel les ophthalmologistes les décrivent.

On a rencontré des kystes sébacés sur le prépuce. Cruveilhier en a même trouvé un sur l'extrémité antérieure de la grande lèvre gauche : l'orifice du follicule était resté ouvert, si bien que la malade comprimait de temps à autre sa tumeur, lorsqu'elle l'incommodait par son volume et exprimait une partie du contenu.

Enfin, on a observé les kystes sébacés au sein. Cruveilhier en rapporte un cas qui fut opéré par Maissonneuve en 1852, et un autre cas observé sur un cadavre en 1843. Il n'y a rien là d'extraordinaire, puisque la mammelle n'est qu'une glande sébacée compliquée. Au reste, les tubercules de Montgomery peuvent être le point de départ de la tumeur.

Le plus souvent, les kystes sébacés sont solitaires ou se rencontrent par petit nombre. C'est ainsi que nous avons été nous-même, à la suite d'un coup de froid en chemin de fer, porteur d'une première loupe, siégeant au niveau de l'os malaire gauche, qui avait rapidement acquis le volume d'une noix. Dans un but purement plastique, nous dûmes la faire enlever. Quelques mois après cette ablation, une nouvelle loupe s'est développée sur le plancher buccal : nous la portons depuis cinq ans ; elle nous paraît actuellement complètement calcifiée. Enfin, une troisième loupe nous est survenue dernièrement à la région

dorsale, au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate et a atteint, dans l'espace de quelques mois, le volume d'une noisette. Il n'est pas rare de voir un plus grand nombre de ces tumeurs. Cruveilhier cite le cas d'un individu qui en portait douze au cuir chevelu. Vogel en a observé 150 environ sur le scrotum d'un même sujet. Enfin, Lebert rapporte l'observation d'un cuisinier du Val-de-Grâce qui en avait sur toute la surface du corps.

Comédons, millets, tannes ou loupes ne sont que les expressions diverses d'une seule et même affection, expressions qui diffèrent entre elles surtout par le volume. Rien, en effet, n'est plus variable que le volume des kystes sébacés : du volume d'un grain de chenevis dans le milium palpébral, ils atteignent ordinairement, dans leur état moyen de développement, celui d'une noix, après avoir présenté toutes les nuances intermédiaires à mesure que le mal progresse. Mais souvent, leur volume est plus considérable. Ainsi, Salzmann a enlevé à son père une loupe du cuir chevelu, qui pesait 5 livres, et tous les traités classiques rapportent l'observation d'Astley Cooper ; un homme portait sur la tête une loupe de la grosseur d'une noix de coco « placée de telle façon que, lorsqu'il mettait » son chapeau, celui-ci ne recouvrait que la tumeur, » sans presque toucher à la tête. »

Ambroise Paré, dans ses Œuvres, parle également d'une loupe très volumineuse. Elle fut opérée « par » maistre Laurent Colot, chirurgien ordinaire du roy, » et moy, présent M. de Violaines, docteur régent en la » Faculté de Médecine, à Paris, grandement estimé

» entre les gens doctes, en la personne de Martial Colart,
» prevost de Barbane, demeurant à deux lieues de
» Sedane, lequel en avait une derrière le col, de grosseur
» de la teste d'un homme, pesante huit livres, lui faisant
» telle peine qu'il était contraint de la supporter sur
» ses épaules avec une serviette en manière de sac,
» laquelle opération fut, par nous deux, faite et exécutée
» si heureusement que le malade guarit. »

Ce sont là des cas exceptionnels. En général, nous l'avons dit, le volume ne dépasse guère celui d'une noisette ou d'une noix. Il est évident que l'âge de la tumeur a ici son importance: plus elle est jeune, moins elle est volumineuse. Cependant, il arrive un moment où, même en avançant en âge, elle cesse de grossir et reste stationnaire. Bien plus, dans bon nombre de cas, elle diminue. Ce phénomène reconnaît plusieurs causes: d'abord, l'atrophie des glandes sébacées et des follicules pileux, puis la cessation de la sécrétion sébacée par les éléments malades. Mais il est une autre cause, non moins capitale, selon nous, sur laquelle les auteurs sont presque muets: c'est la calcification du kyste qui, nous le savons, peut être très précoce, dans tous les cas très fréquente, même chez les jeunes sujets.

Bien qu'il en soit, il nous semble que les variations dans le volume des kystes sébacés, sont soumises à cette loi générale: le volume, chez un même individu, est en raison inverse du nombre. Nous ne voulons pas dire que cette loi est absolue, tant s'en faut, mais il n'en est pas moins vrai qu'elle est facile à vérifier dans la grande majorité des cas; il suffit pour cela, de

compulser une série d'observations et l'on verra que les sujets porteurs de kystes multiples, en ont rarement présenté qui soient volumineux.

A l'instar du volume, la consistance des loupes est fort variable. Le plus habituellement, lorsqu'elles ont atteint leurs proportions normales, elles sont fermes, résistantes, plus ou moins élastiques. Mais, dans les premiers temps, la tumeur est mollassse, comme pâteuse. L'âge modifie la consistance. Il n'est pas rare de rencontrer des vieilles loupes dures, pierreuses, osseuses. Nous avons déjà donné l'explication pathogénique de ce phénomène, qui, d'ailleurs, se rencontre sur des kystes très jeunes. Ce dernier fait a été mis hors de doute par Malherbe. En effet, cet observateur rapporte un cas où M. Heurtaux avait enlevé une tumeur crayeuse à un enfant de 9 mois, et, lui-même, a enlevé un kyste calcifié qui datait de 6 mois. Évidemment ces kystes calcifiés n'étaient pas âgés.

Quelquefois molles, fréquemment calcifiées, le plus souvent fermes et résistantes ; les tumeurs sébacées peuvent encore se présenter avec des points ramollis et fluctuants sur leur surface. En pareille circonstance, on a presque toujours affaire à des tumeurs très anciennes. Enfin, on en rencontre qui sont complètement liquides et, par conséquent, fluctuantes. Dupuytren en avait déjà signalé deux cas, siégeant à l'angle externe des paupières, mais il n'est pas précisément prouvé que l'illustre chirurgien ne se soit pas trouvé en présence de kystes dermoïdes. Toutefois, le cas de Lannelongue : kyste sébacé du dos qui, après une première ponction, s'était trans-

formé en kyste huileux, ne laisse aucun doute sur l'existence de kystes sébacés à contenu liquide. Il est probable qu'un grand nombre de cas semblables ont passé inaperçus.

La forme des kystes sébacés est régulièrement globuleuse, à la tête excepté. Ce fait tient à la plus grande résistance du cuir chevelu, qui s'oppose à leur projection au dehors ; ils prennent alors une forme plus ou moins aplatie, qui leur a valu les dénominations bizarres de *Talpa* et de *Testitudines*.

Leur surface est généralement très régulière, lisse, non bosselée, caractère important qui les différencie des lipomes. Ce n'est que dans les cas relativement rares, où plusieurs kystes se sont fusionnés ensemble, que cette régularité dans la forme manque. Encore est-il le plus souvent possible d'isoler, de délimiter les divers kystes par un examen sérieux.

Directement placés sous la peau, dont ils sont une dépendance, les kystes sébacés s'en coiffent et la soulèvent à mesure qu'ils croissent en volume. Aussi ont-ils peu de tendance à refouler les parties sous-jacentes. Au reste, la peau conserve à peu près ses caractères normaux et ne s'enflamme que rarement. Cependant ses bulbes pileux et ses glandes s'atrophient sous l'influence de la pression qu'ils supportent et qui croît en raison directe du volume de la tumeur. Cette ténuité atrophique, nous l'avons vu, est surtout remarquable au cuir chevelu, où elle se traduit par la calvitie du territoire envahi.

Mobile sur les parties sous-jacentes, avec lesquelles elles contractent rarement des adhérences, les tu-

meurs sébacées adhèrent toujours à la peau, adhérence facile à comprendre par la présence du pédicule que forme le conduit folliculaire. On peut même sentir ce cordon dans les tumeurs qui ne sont pas très volumineuses et dans celles qui n'ont pas encore subi la calcification. C'est là un véritable symptôme pathognomonique, qui permet de les diagnostiquer d'emblée et les différencie surtout des kystes dermoïdes, qui ont tant de rapports pathologiques et cliniques avec elles.

Si l'on examine minutieusement la surface externe d'un kyste sébacé, la plupart du temps, on découvre un point noir, déprimé, qui n'est autre chose que l'orifice folliculaire. Il est même possible, lorsque la tumeur n'est pas très âgée, d'en faire sourdre la matière sébacée : on conçoit combien ce signe est caractéristique. Cruveilhier et Virchow disent même qu'on peut encore retrouver cet orifice sur les tumeurs très volumineuses ; il se présente alors sous l'aspect d'une légère dépression, d'une petite fossette.

Les kystes sébacés sont indolores. Ils ne gênent guère que par leur volume. Pourtant, Verneuil a rencontré deux fois des kystes du sein, donnant lieu à des douleurs tellement vives qu'il les prit pour des névromes : l'erreur fut reconnue après l'ablation. Ajoutons qu'ils se développent lentement.

En somme, tumeur plus ou moins volumineuse, mais dépassant rarement le volume d'une noix, tumeur généralement ferme, quelquefois très molle, exceptionnellement fluctuante, régulièrement globuleuse, lisse, au

moins dans la majorité des cas, mobile sur les tissus sous-jacents, mais adhérente à la peau, rarement douloureuse, développée lentement, tels sont les symptômes généraux du kyste sébacé.

Marche

Qu'il succède à une cause occasionnelle, qu'il soit dû à une cause générale, ou mieux aux deux causes réunies, le kyste sébacé se développe lentement, sans douleur. Il met d'ordinaire un an à atteindre le volume d'une noisette, puis il continue à grossir progressivement. Mais il est des cas, exceptionnels à la vérité, où la marche est beaucoup plus rapide. Ainsi, Lebert a vu, chez un adulte, une de ces tumeurs acquérir le volume d'une noix dans l'espace de trois mois. Dans son Anatomie Pathologique, il rapporte même une observation où la rapidité de la marche aurait pu induire en erreur :

« C'était une femme de 35 ans, qui avait subi, à
» Montpellier, l'extirpation d'une tumeur de la
» paupière, un an avant de venir trouver Lebert.
» Dans les cinq derniers mois qui suivirent l'opération,
» une grosseur dure, adhérente à la peau rougie,
» s'était développée à la nuque. Elle avait rapidement
» atteint la grosseur d'une noix et ressemblait à un
» squirrhe. Après l'extirpation, on s'aperçut que c'était
» une tumeur sébacée à développement rapide, dont

» le contenu s'était déjà calcifié. »

Nous le répétons, ce ne sont pas là les cas ordinaires, et, à côté d'eux, on trouve des exemples où la maladie a duré 10 ans, 43 ans et même toute la vie. En somme, la durée est fort difficile à préciser.

D'ordinaire, lorsque la tumeur a atteint son volume le plus habituel, ce qui arrive dans l'espace d'un à trois ans, elle reste stationnaire. Au-delà de ce terme, l'accroissement est l'exception. Bien au contraire, il arrive souvent qu'elle diminue de volume : les glandes et les bulbes pileux se sont atrophiés par le fait de la compression, ont cessé de sécréter et le contenu s'est tassé, ou bien encore la loupe s'est calcifiée.

On a vu la tumeur disparaître spontanément, son contenu être resorbé ; Stromeyer et Lèveillé en donnent des exemples. Mais ce mode de terminaison est très rare. Le plus souvent, en dehors de l'intervention chirurgicale, le kyste suppure, expulse son contenu, spontanément ou mieux à la suite d'une injure quelconque.

Enfin, il arrive que le kyste subit l'évolution cornée. En pareil cas, il devient dur, reste généralement stationnaire, absolument comme dans les cas de calcification.

Lorsque les kystes sébacés suivent une marche progressive ou qu'ils viennent à être brutalisés par un traumatisme, ils s'enflamment, s'ulcèrent, voient leur contenu. La suppuration dure tant que la poche kystique n'a pas été éliminée ; elle peut ainsi s'éterniser et donner lieu à des fistules gênantes. Quelquefois, aussi, elle amène une cure radicale ; mais, dans la

majorité des cas, elle réclame une intervention chirurgicale pour hâter la guérison.

Parfois l'ulcération devient bourgeonnante, prend une odeur fétide, s'étend et présente, pour ainsi dire, tous les caractères d'une tumeur de mauvaise nature. Ainsi, Jobert cité dans la thèse du Dr Camille Misset, a signalé un fait d'hémorrhagie, par suite de l'ulcération des vaisseaux qui avoisinaient la tumeur.

Nous connaissons, en outre, l'observation de Rouget et celle de M. Chandelux. Le cas de J. L. Petit est une observation très intéressante des désordres graves que déterminent quelquefois les loupes: « Un » gentilhomme de Picardie étant venu à Paris pour » quelques affaires, la veille de son départ pour s'en » retourner, se ressouvenant qu'il était malade, vint » chez moi pour me consulter sur sa maladie. Il était » avec un chirurgien qui le pansait depuis longtemps » et qu'il avait amené pour le soigner dans la route. » Depuis un mois qu'ils étaient dans cette ville, ils » n'avaient consulté personne. Il s'agissait d'une talpa » que le gentilhomme portait depuis bien des années. » Jamais gangrène, ni carie n'avait frappé mon odorat si désagréablement que l'ulcère qui en était » résulté ; il était de la largeur d'un gros écu, placé » sur la partie moyenne de l'os occipital, vis-à-vis » l'éminence qui sépare les quatre fosses de la surface » interne de cet os, dans lesquelles sont logés les » deux lobes postérieurs du cerveau et ceux du » cervelet. La circonférence de cet ulcère était bordée de chairs fongueuses, puantes, noires et saineuses, et le milieu était formé par une carie très

» profonde qui attaquait l'os dans son endroit le plus
» épais. Je proposai d'emporter tous les bords, de ru-
» giner l'os et faire autres opérations que je croyais
» convenables; le malade se récria presque aussi haut
» que s'il eut été dans l'opération même, et le chi-
» rurgien, de son côté, remit promptement l'emplâtre,
» m'assurant qu'il avait attiré déjà bien de petits os
» et, qu'en continuant l'usage, il attirerait le tout et
» guérirait son malade. Lorsque je vis que la raison
» n'était pas une monnaie qui eut cours chez ces
» gens-là, je me tus pour m'en délivrer. Quelque temps
» après, l'un des amis du malade me dit qu'il était
» mort d'apoplexie. »

Ces cas sont exceptionnels. Le plus souvent, tout se borne à quelques phénomènes d'une inflammation modérée et à des fistules plus ou moins persistantes, mais la cure radicale ne s'obtient pas toujours sans intervention.

Les kystes sébacés ne suivent, pour ainsi dire, jamais une marche envahissante. Cependant lorsqu'ils sont volumineux, ils peuvent déterminer des troubles sérieux, tels que l'usure ou la nécrose des os. Ce sont là de véritables troubles trophiques, provenant uniquement de la compression qu'ils exercent dans leur voisinage.

Diagnostic

Le diagnostic des kystes sébacés est presque toujours très facile. Ce sont des tumeurs à développement lent, directement sous-cutanées, adhérentes à la peau par un cordon plus ou moins élargi, mobiles sur les parties sous-jacentes, presque toujours régulièrement sphériques, d'un volume généralement peu considérable, s'ulcérant très rarement, siégeant au cuir chevelu dans la majorité des cas et toujours indolores. Enfin, il est quelquefois possible de retrouver des traces de l'orifice glandulaire, caractère vraiment pathognomonique.

Il est cependant des cas où le diagnostic offre des difficultés très réelles. Souvent, ces difficultés proviennent du siège de la tumeur et, dans ces circonstances, on a pu confondre les kystes sébacés avec un anévrysme, avec une hernie, avec un encéphalocèle ou une méningocèle. Examinons ces divers cas :

1^o Avec un Anévrysme? — Sédillot, (*Médecine Opératoire* : — Tome II, page 260), a enlevé un kyste sébacé logé dans la fossette sternale, lequel s'engageait assez loin dans la poitrine. Les battements du tronc brachio-céphalique et de la crosse aortique communiquaient à la tumeur un mouvement de pulsation, qui l'avait fait prendre pour un anévrysme. Assurément le diagnostic différentiel, dans ces cas, est fort difficile, et, si la tumeur ne peut pas être sérieusement et directement explorée par le palper, l'erreur est possible.

2° *Avec une Hernie.* — Nous ne connaissons qu'un seul fait de ce genre, le cas de Paletta, cité par Sédillot : un kyste de l'aîne, chez une femme, fut pris pour une hernie. De semblables méprises sont presque toujours aisées à éviter ; les symptômes de la hernie sont trop classiques, pour que nous nous y arrêtions plus longtemps.

3° *Avec une Encéphalocèle ou une Méningocèle.* — Cette erreur a été commise. Cruveilhier dit qu'on a pu prendre une loupe de la tête pour une hernie du cerveau et que des tentatives d'extirpation furent faites. L'inverse a eu lieu. Témoin le cas de Flajani : plusieurs médecins prirent une tumeur du crâne, chez un enfant, pour une encéphalocèle et déclarèrent nettement que le mal était au-dessus des ressources de l'art. Un empirique, mieux avisé, ponctionna la tumeur pour donner issue à la matière sébacée et guérit le malade.

L'encéphalocèle et la méningocèle présentent trois ordres de symptômes bien tranchés : les antécédents du malade, le siège de la tumeur, puis les battements. Ces tumeurs sont, en effet, toujours congénitales, ce dont il est facile de s'assurer en questionnant le malade ou sa famille, si l'on est en présence d'un enfant. En second lieu, elles occupent des régions favorites : elles siègent d'ordinaire vers les sutures osseuses ou dans une fente embryonnaire non oblitérée, notamment à la région interpariétale, à la racine du nez. Enfin, le plus souvent elles présentent des battements.

Bien qu'il en soit, le diagnostic n'est pas toujours exempt de difficultés. A la Société de Chirurgie

(*Bulletin de 1880*), Panas a raconté le fait d'un étudiant étranger, porteur d'un kyste à la racine du nez. Durant un séjour en Allemagne, le malade avait consulté plusieurs fois, mais les chirurgiens allemands n'avaient pu déterminer s'ils étaient en présence d'un kyste ou d'une encéphalocèle. Velpeau diagnostiqua un kyste. Nelaton, moins affirmatif, penchait également pour un kyste. Panas, consulté en dernier lieu, fit une ponction exploratrice, retira de la matière sébacée et opéra le malade. Évidemment, en pareille circonstance, on est autorisé à suivre la conduite de Panas, ce qui ne constitue pas un danger réel pour le malade et permet un diagnostic certain.

Les différentes tumeurs qui, par leurs caractères extérieurs, pourraient en imposer pour des kystes sébacés, sont : le lipome, le fibrome, le sarcome, les gommès syphilitiques et les kystes dermoïdes. Voyons ces divers cas :

1^o Avec le *Lipome*. — Le lipome est mou, bosselé et n'adhère pas à la peau. Le kyste sébacé est plus régulièrement arrondi et adhère à la peau ; il est dur ou liquide, deux formes que présente rarement le lipome. Malgré cela, il est des cas où le diagnostic différentiel est difficile, pour ne pas dire impossible ; c'est lorsque le lipome est de petit volume.

2^o Avec le *Fibrome*. — Le diagnostic du fibrome est fondé sur un ensemble de symptômes négatifs. La forme, la consistance de la tumeur, son accroissement lent, l'intégrité des ganglions lymphatiques, enfin l'état général conservé, la rapprochent du kyste sébacé, lorsqu'elle est encore à son début. A cette

période, on pourrait, en effet, confondre les deux affections, mais le fibrome n'est pas adhérent à la peau, il cesse rarement de s'accroître et atteint constamment des proportions plus considérables que les kystes ; enfin, il n'est pas rare de le voir s'ulcérer. Toutefois, il est des fibromes cutanés, ceux que Ranvier a décrit sous le nom de *Molluscum Vrai*, qui sont fort difficiles à différencier des loupes.

3^o Avec le Sarcome. — Le diagnostic est facile. Le sarcome marche toujours plus rapidement et ne se limite jamais aussi bien que le kyste sébacé, à quelque variété d'ailleurs que ce sarcome appartienne.

4^o Avec les Gommès Syphilitiques. — Ces tumeurs sont très faciles à distinguer des kystes sébacés. Il s'agit d'interroger le malade avec soin : on retrouvera presque constamment des antécédents.

5^o Avec les Kystes dermoïdes. — Il n'est peut-être pas deux affections qui aient plus de liens de parenté, en pathologie, que les kystes dermoïdes et les kystes sébacés. Cet air de famille se retrouve en clinique : mêmes symptômes, même marche, même pronostic. Il est cependant possible de les différencier. En effet, il faut bien se souvenir que la formation des kystes dermoïdes repose sur une notion de tératologie, signalée d'abord par Verneuil, très-complètement étudiée ensuite dans la thèse remarquable du Dr Cusset. L'origine de ces tumeurs a une importance clinique capitale. On les rencontre dans des lieux d'élection, desquels elles ne s'éloignent guère ; on les trouve au sourcil, à la racine du nez, au cou ; on peut donc, par le siège, les différencier des kystes sébacés

simples. Elles sont, de plus, congénitales et ne présentent jamais à leur surface aucune trace d'orifice glandulaire.

Les abcès froids, les adénites, surtout celles qui siègent à la région sus-hyoïdienne, le Céphalhématome, pourraient en imposer pour des kystes sébacés. Mais l'observation attentive des symptômes, de la marche de ces affections, mettra presque toujours sur la voie : au reste la ponction exploratrice enlèverait tous les doutes.

Cependant, il peut arriver qu'une loupe volumineuse s'ulcère. Siègent-elle au crâne, elle peut user la boîte osseuse et mettre le cerveau à nu : les cas de J. L. Petit, de Rouget, en sont des exemples irrécusables. On pourrait alors prendre le mal pour un fungus de la dure-mère, erreur bien peu préjudiciable au malade et qu'il serait aisé d'éviter, en l'interrogeant sur les débuts et sur la marche de l'affection.

Enfin, le cancer a été confondu quelquefois avec les kystes ulcérés. Nous connaissons déjà le cas de Rouget, où le diagnostic ne fut porté qu'après l'ablation. Ambroise Paré rapporte également le cas d'un kyste sébacé du sein, qui fut pris pour un squirrhe. C'est surtout lorsqu'il y a généralisation du cancer, lorsque le néoplasme occupe différentes régions, se portant de préférence à la peau, que cette méprise est possible. Mais, dans ces circonstances, le néoplasme est dur, bosselé, le plus souvent ulcéré. Il s'est développé rapidement et a envahi les divers tissus. Enfin, l'état général est plus ou moins ébranlé.

L'erreur n'en a pas moins été maintes fois commise.

Nous n'en voulons comme preuve que les faits suivants, que nous empruntons à la thèse de Misset : « Malgré » la précision des caractères différentiels des deux » affections, Blandin a opéré une loupe de la tête » pour un cancroïde, et Soulié, à l'hôpital Saint- » André, de Bordeaux, enleva une de ces tumeurs » pour un encéphaloïde : elle siégeait au cou. Velpeau » se trouvant en présence d'une tumeur bosselée, » ramollie en quelques points, s'étendant de la région » sus-hyoïdienne à la région parotidienne, s'engageant » sous la branche montante du maxillaire et rejoignant la commissure labiale du même côté, crut » avoir sous les yeux un ostéo-sarcome. »

Pronostic

Tous les auteurs classiques sont d'accord pour admettre que le pronostic des kystes sébacés est des plus bénins. Ces tumeurs sont indolores, croissent lentement et la plupart du temps restent stationnaires : aussi beaucoup de malades ne s'en préoccupent-ils pas. Il faut véritablement qu'elles arrivent à les gêner par leur volume, ou à cause de la région qu'elles occupent, pour qu'ils en réclament l'ablation.

Malheureusement, si bénignes qu'elles soient, ces tumeurs peuvent s'enflammer et suppurer. Leur suppuration peut bien amener la guérison radicale, mais souvent aussi elle est la cause de fistules intarissables, qui sont une véritable infirmité pour le patient, ou

encore d'ulcères relativement graves : nous savons que, dans le cas de Jobert, l'ulcération détermina une hémorrhagie.

L'accroissement plus ou moins considérable, plus ou moins rapide, peut donner lieu à des accidents sérieux, tels que la dépression atrophique des os, leur usure et même leur perforation. Nous avons signalé les cas malheureux de J. L. Petit, de Chassaignac et de Rouget. Fort heureusement, ces accidents sont rares, et il eut été facile d'y parer par une intervention opportune.

De ces diverses considérations, il est clair qu'on doit conclure à la bénignité du pronostic. Sans doute, les kystes sébacés n'entraînent que fort peu d'inconvénients, mais le malade qui en est atteint, n'en est pas moins exposé aux accidents inflammatoires, aux fistules consécutives. Enfin, dans quelques cas, à la vérité très rares, des lésions plus graves sont venues assombrir le tableau. Aussi sommes-nous partisan de l'intervention chirurgicale en temps opportun.

Quant à la prétendue transformation des kystes sébacés en tumeurs malignes, nous avons démontré sa rareté.

Traitement

Le traitement des kystes sébacés est palliatif et curatif.

TRAITEMENT PALLIATIF.

Le traitement palliatif comprend trois méthodes principales : la compression, les résolutifs et la ponction.

1^o *Compression.* — Elle est déjà préconisée dans les œuvres des plus anciens chirurgiens. Celse, Galien, Paul d'Egine en usaient. Ambroise Paré, qui a beaucoup insisté sur le traitement des kystes sébacés, conseillait de frotter ces tumeurs, lorsqu'elles n'atteignent pas un gros volume, afin de les enflammer et d'en amener la résolution. En cas d'échec, il allait même jusqu'à les comprimer à l'aide d'une planche de bois, dans le but de les rompre. Ce résultat obtenu, il appliquait sur la tumeur une feuille de plomb enduite de vif argent « *qui a une merveilleuse vertu de tirer* » l'humour. » Ce procédé aussi barbare que peu pratique a fait son temps.

2^o *Résolutifs.* — On peut dire que toute la pharmacopée du Moyen-Age est passée sur les loupes. De nos jours, quelques praticiens conseillent encore les préparations iodurées. Nous avouons notre entière indifférence à l'égard d'une médication quelconque ; nous doutons fort que les topiques aient donné le

moindre succès.

3^o *Ponction* — On ponctionne la tumeur et on évacue le contenu. Assurément, elle diminue à la suite de cette opération, mais elle ne tarde pas à reparaitre, et cela, parce que la surface sécrétante est restée en place. Les rares succès obtenus par cette méthode sont dûs à l'inflammation adhésive, qui s'empare du kyste, consécutivement au traumatisme opératoire.

Si nous avons parlé du traitement palliatif, c'est pour que notre monographie soit complète. Mais nous n'accordons aucun crédit à ces diverses méthodes, qui ne peuvent avoir aucune efficacité, puisqu'elles ne s'adressent pas directement à l'agent sécréteur. Bien plus, nous tenons toutes ces manœuvres comme dangereuses, car elles exposent à l'accident le plus fréquent que l'on puisse redouter d'un kyste sébacé : son inflammation et, par conséquent, la suppuration et les fistules. Nous rejetons donc absolument ce mode de traitement, réservant toutes nos préférences pour les moyens curatifs.

TRAITEMENT CURATIF.

Et d'abord, lorsqu'un kyste suit son évolution normale, doit-on l'opérer ? Sinon, dans quels cas l'intervention pourra-t-elle être profitable ? Lorsqu'un kyste croît lentement, qu'il ne siège pas sur une partie découverte, ni sur une région exposée aux traumatismes, il sera permis de temporiser. En effet, on pourra compter sur un arrêt dans la marche de la tumeur ou sur la calcification : nous avons vu que c'étaient là des cas fréquents. Mais, si elle siège

sur une partie découverte, au visage par exemple ; si elle siège sur une région exposée aux traumatismes, l'intervention est indiquée. Astley Cooper avait déjà fait cette curieuse remarque que, chez la femme, les loupes du cuir chevelu étaient fort souvent enflammées par l'usage du peigne, et il en faisait une véritable indication opératoire.

Il ne faudra pas hésiter à opérer, et cela dans le plus bref délai possible, lorsqu'on se trouvera en présence d'une tumeur à marche franchement progressive. Y a-t-il de l'inflammation et de l'ulcération ? l'indication est plus pressante encore, notamment si la tumeur siège au cuir chevelu, là où la peau est résistante. De cette façon, on se mettra à l'abri des désordres que nous avons rencontrés dans quelques cas regrettables, à l'abri des fistules, des ulcères, des suppurations interminables et, enfin, des diverses complications des plaies. En dehors de ces circonstances, on ne devra plus guère consulter que les convenances des malades : l'âge, le sexe, les conditions sociales.

Lorsque le chirurgien a décidé l'intervention, il procède au choix du mode opératoire, choix qui porte sur trois méthodes.

1^o Les injections irritantes.

2^o La cautérisation.

3^o L'instrument tranchant.

Là, il sera guidé par le siège, le volume, l'état de la tumeur et par la susceptibilité de son malade.

1^o *Injectons irritantes.* — Cette méthode est préférée par les malades pusillanimes. On pourra l'utiliser

avec succès dans les cas où la tumeur n'a pas acquis un volume trop considérable.

On pratique l'opération de la façon suivante : on ponctionne la tumeur, on évacue une certaine quantité de son contenu, puis, à l'aide d'une seringue de Pravaz, on injecte une solution irritante. Quant à la nature de la solution, elle est essentiellement variable. Boyer se servait d'alcool et Chopart dit avoir guéri plusieurs loupes par ce procédé.

Dans ces derniers temps, Bœckel, de Strasbourg, a préconisé le tartre stibié, se fondant sur les propriétés irritantes de ce composé. La méthode n'est pas nouvelle ; Luton, de Reims, l'avait formulée dès 1863. Aussi, comme le fait remarquer avec raison M. Greuell, dans sa thèse, s'étonne-t-on de voir le Dr Kraft-Ebing, de Berlin, revendiquer la priorité de cette découverte (*Berliner Klinische Wochenschrift* 1869).

La solution irritante de tartre stibié est ainsi formulée par Bœckel :

$$\text{Solution} \left\{ \begin{array}{l} \text{Eau. } 30 \text{ g.} \\ \text{Tartre stibié } 1 \text{ g.} \end{array} \right.$$

Bœckel a eu quatre succès avec cette méthode. D'ordinaire, la poche kystique est éliminée vers le quatrième ou le cinquième jour. Une seule fois, Bœckel, pour un kyste de la région sourcilière, a eu des accidents inflammatoires, relativement graves.

Cette pratique peut rendre des services. Elle est d'une exécution facile, peu douloureuse et ne demande pas un temps considérable pour la guérison. Malheu-

reusement, il arrive que le chirurgien est obligé de revenir plusieurs fois à l'injection, pour obtenir une guérison durable, et la méthode n'est guère applicable aux tumeurs volumineuses. Enfin, elle n'est pas précisément inoffensive, témoin le cas de Bœckel.

2^o *Cautérisation*. — Cette méthode est également préférée par les malades pusillanimes. De plus, beaucoup de chirurgiens la regardent comme mettant à l'abri des inflammations secondaires et des diverses complications des plaies. Mais, Follin, dans sa Pathologie Chirurgicale, fait très-justement remarquer qu'il n'en est rien. Au reste, la cautérisation présente deux inconvénients de première importance ; elle est vraiment douloureuse et le traitement est toujours de longue durée. L'eschare ne se détache guère avant le quinzième jour, souvent même, ce travail de séparation dure un mois, quelquefois trois. La cautérisation a une contre-indication capitale : le siège de la tumeur sur une partie découverte, car elle laisse après elle des cicatrices indélébiles et plus ou moins difformes. Or, comme le disait si judicieusement le regretté Létievant : *la chirurgie actuelle est athénienne ; elle doit beaucoup à la forme*. Par contre, elle a une indication de premier ordre : l'ulcération de la tumeur, auquel cas elle doit être préférée.

Il y a différentes manières de procéder à la cautérisation d'un kyste sébacé. Roux et Marchal (de Calvi), introduisaient la pointe d'un cautère de métal dans l'épaisseur de la tumeur ; la poche se détachait durant la suppuration. Aujourd'hui le thermo-cautère de Paquelin, dont on peut si facilement régler la tem-

pérature, remplace avantageusement le cautère ordinaire. Péan a même utilisé avec succès l'électro-cautère dans le traitement des loupes.

Généralement, on a recours aux caustiques solides ou liquides, tels que la pâte de Vienne, la pâte de Canquoin et le chlorure de zinc. A l'instar de M. Tripier, nous reconnaitrons deux manières de procéder, suivant que la cautérisation porte sur la face interne du kyste ou sur sa surface externe.

1° CAUTÉRISATION DE LA SURFACE INTERNE DU KYSTE. —

On ponctionne le kyste, on le vide, puis on y introduit du nitrate d'argent ou un fragment de pâte de Canquoin. Bientôt l'inflammation s'empare de la tumeur, elle suppure et la poche kystique s'élimine. La guérison survient ensuite, grâce à l'inflammation adhésive qui succède aux phénomènes d'élimination.

2° CAUTÉRISATION DE LA SURFACE EXTERNE DE LA TUMEUR. —

On applique sur la tumeur une traînée de pâte de Vienne, qu'on enlève au bout de dix minutes. L'eschare se détache en entraînant la tumeur, le plus souvent au bout d'une quinzaine de jours. Mais, nous l'avons dit, la durée peut être bien plus longue et aller jusqu'à trois mois. Aussi donnons-nous la préférence au premier procédé.

3° *Extirpation*. — Cette méthode est aussi vieille que la chirurgie. Il est évident que la première idée qui vient à l'esprit, lorsqu'on se trouve en présence d'une production anormale et accessible, c'est de l'enlever. Aussi voyons l'extirpation conseillée dès la plus haute antiquité. Celse, Galien, la recommandent ainsi que l'École d'Alexandrie, à laquelle la chirurgie

doit tant. Guy de Chauliac, Ambroise Paré la décrivent avec beaucoup de détails.

Nous ne connaissons qu'une seule contre-indication sérieuse à l'emploi de l'instrument tranchant : c'est la pusillanimité du malade. Dans tous les autres cas, nous avouons franchement notre préférence pour cette méthode. Elle permet d'enlever les tumeurs volumineuses ; son exécution est généralement facile et rapide ; elle procure une guérison radicale ; enfin, elle met à l'abri des accidents consécutifs ; pour nous, en un mot, c'est la seule méthode applicable à la majorité des cas. A peine accordons-nous la préférence à la cautérisation, dans les seules circonstances où il y a ulcération de la tumeur.

Les anciens chirurgiens ne partageaient pas précisément notre manière de voir à ce sujet. Ils étaient trop souvent aux prises avec les complications septiques des plaies pour ne pas redouter l'instrument tranchant et, lorsqu'il s'agissait du cuir chevelu, la crainte de l'érysipèle les rendaient plus timorés encore. Mais aujourd'hui, grâce au pansement de Lister nous ne craignons plus d'opérer. Ajoutons à cela que la réunion immédiate est la règle, surtout au visage, que dès lors nous pourrions obtenir des cicatrices peu marquées.

L'extirpation d'un kyste sébacé est, en général très facile. Après avoir incisé le peau, on procède à une dissection minutieuse, afin de ne pas ouvrir la poche. On énuclée ensuite la tumeur. Enfin, on suture les lèvres de la plaie pour obtenir une réunion immédiate, ce qui est toujours possible, à moins que la tumeur

ne soit très enflammée, ulcérée ou par trop volumineuse.

A. Paré conseillait de lier le pédicule de la tumeur dans la crainte des hémorrhagies. Sauf dans le cas de tumeur volumineuse, cette pratique nous paraît inutile; les kystes sébacés ne sont jamais vasculaires. Il est très rare que l'importance des vaisseaux nécessite une ligature. Toutefois, J. L. Petit a dû lier la cubitale en extirpant une loupe du pli du coude, devenue grosse comme la tête d'un enfant. Le même chirurgien dû également pratiquer des ligatures multiples, durant l'ablation d'un kyste qui couvrait la joue et descendait, le long du cou, jusqu'à l'acromion.

Nous avons dit, en traitant du manuel opératoire de l'extirpation, qu'il fallait procéder à une dissection lente et minutieuse de la poche kystique, afin de ne pas l'ouvrir. En effet, à la suite d'une piquûre, il pourrait se faire que le contenu du kyste s'échappe dans les tissus et n'y devienne une cause de suppuration très longue ou de fistules. De plus, le chirurgien doit enlever complètement la poche kystique, s'il ne veut pas s'exposer aux récidives. Or, il est certain que la dissection d'une membrane flasque n'est pas toujours chose facile, ni surtout d'une exécution rapide. Aussi, la piquûre est-elle un accident fréquent, notamment dans les kystes à contenu liquide.

M. Charles Sarrazin s'était déjà préoccupé de cette question et avait préconisé l'emploi d'une bougie emplastique, (*Art. Cou. — Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*), pour parer à cet inconvénient. M. Pozzi, chirurgien des hôpitaux de Paris et agrégé

de la Faculté de Médecine, a résolu le problème d'une façon très heureuse.

Son procédé a été l'objet d'un rapport de M. Delens à la Société de Chirurgie en 1878. Il est indiqué sous le titre suivant : *Moyen pour favoriser la dissection et l'ablation totale de certains kystes à contenu liquide ou demi-liquide*. Nous allons l'analyser.

L'opération comprend trois temps :

1° *Ponction de la poche et évacuation du contenu de la tumeur.*

2° *Injection de blanc de baleine fondu au bain-marie.* — Le blanc de baleine fond vers 50°, mais il reste liquide à 44° ; au reste, il est facile d'en retarder le point de solidification, en y mélangeant un peu de suif. Or, à cette température, l'injection est complètement indolore.

3° *Application de "glace sur la tumeur injectée.* — Après avoir pratiqué l'injection, on place la glace sur la tumeur, dans le but de solidifier le blanc de baleine. On maintient la glace pendant quelques minutes. Cette application a un double avantage : elle ne solidifie pas seulement l'injection, mais elle donne une anesthésie locale, qui persiste durant un petit quart d'heure. Alors l'ablation est facile, rapide et totale.

M. Pozzi a pu enlever, par ce procédé, un hygroma prérotulien et M. Demons s'en est servi pour un kyste huileux du cou. Cette méthode nous paraît d'un grand secours dans l'extirpation des kystes sébacés : d'abord parce qu'ils ne sont pas tous solides, il s'en faut, puis parce qu'ils adhèrent à la peau et ne sont pas toujours

faciles à disséquer, enfin parce qu'il est de première importance d'en faire une extirpation complète. On sait, en effet, avec quelle facilité ces tumeurs récidivent lorsqu'on a laissé en place une portion, même minime, de la surface sécrétante.

En résumé, le traitement des kystes prête aux considérations suivantes :

1° Si le kyste est petit, s'il croît lentement, et s'il ne gêne pas le malade par son siège, le chirurgien peut le respecter. En effet, il est possible qu'il reste stationnaire, qu'il se calcifie ou même se résorbe (Stromeyer).

2° S'il croît rapidement, s'il s'enflamme ou s'ulcère, s'il incommode le malade par son siège, le chirurgien est autorisé à intervenir.

4° Lorsque l'intervention est décidée, on choisira le mode opératoire d'après les considérations qui suivent :

a — Le malade est pusillanime, le kyste est petit ou bien il y a plusieurs tumeurs ? En pareil cas, on tentera les injections irritantes.

b — La tumeur est enflammée, ulcérée ou bien très volumineuse ? Dans ces circonstances, on aura recours à la cautérisation ou à l'extirpation, mais de préférence à l'extirpation.

c. — Enfin la tumeur siège à la face ? Dans ce dernier cas, on s'adressera exclusivement à l'extirpation, avec suture consécutive.

CONCLUSIONS

L'étude des kystes sébacés prête aux conclusions générales qui suivent :

1° La connaissance approfondie des phénomènes anatomiques et physiologiques qui se passent dans le stratum malpighien de l'épiderme, est indispensable pour l'explication rationnelle de la pathogénie des kystes sébacés,

2° Ces tumeurs ne sont pas des kystes par rétention, comme on l'a cru durant si longtemps. Leur véritable cause est un trouble général dans l'évolution de l'épithélium des glandes sébacées.

3° Les kystes sébacés peuvent rester à l'état athéromateux, subir la dégénérescence cornée ou la calcification, mais, bien qu'en pensent la plupart des auteurs, leur transformation en tumeurs malignes est rare.

4° Les tumeurs sébacées marchent presque toujours lentement, n'incommodent le malade que dans des cas rares et ne récidivent pas après ablation. Assez fréquemment, les ascendants du malade ont pu présenter la même affection.

5° Souvent les malades ne réclament pas l'abla-

tion de leur tumeur, mais s'ils désirent l'opération, le chirurgien aura recours aux caustiques et de préférence à l'instrument tranchant : dans ce dernier cas l'extirpation est faite par incision et dissection du kyste.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- SAPPEY. — Anatomie descriptive, Tome III, 1877.
CRUVEILHIER. — Traité d'Anatomie, revu par Marc Sée.
RENAUT. — Leçons sur la peau, (*Annales de Dermatologie* 1880).
BEAUNIS. — Traité de Physiologie.
BÉCLARD. — Traité de Physiologie.
KUSS ET DUVAL. — Manuel de Physiologie.
BERNE. — Thèse de Paris 1854.
CRUVEILHIER. — Traité d'Anatomie pathologique, Tome III (1856).
LEBERT. — Traité d'Anatomie pathologique (1855).
BROCA. — Traité des Tumeurs. Tome II, page 73.
VIRCHOW. — Das Atherome. Traité des Tumeurs, Tome I —
(Traduction d'Aronssohn 1867).
CORNIL ET RANVIER. — Histologie pathologique.
TRÉLAT. — Bulletin de la Société Anatomique (1872).
WILCKENS. — Thèse de Göttingue 1858.
ROUGET. — Note sur un cancer épithélial, etc.
Société de Biologie. — page 121 (1850).
LETZ. — De l'hypertrophie générale du système sébacé (Thèse
de Paris 1850).
LOTT. — Centralblatt 1875.
CHARPY. — Sur la structure et l'accroissement des épithéliums
de la cornée et de la peau (Lyon médical 1877).
CUSSET. — Kystes branchiaux (Thèse de Paris 1877).
RÉGNIER. — Kystes dermoïdes de la queue du sourcil, (Thèse
de Paris 1869).

- CLÉMENT. — Conférences de Médecine légale, faites à la Faculté de Lyon en 1879.
- CHANDELUX. — Lyon Médical 1879. Sur les kystes sébacés.
- FAVRE. — Archives Générales de Médecine 1853.
- LOMIKOWSKI. — Journal de l'Anatomie et de la Physiologie 1878.
- STRAUSS. — Comptes rendus de l'Académie des Sciences 1879.
- GIRONDE. — Lyon Médical 1879.
- VERNEUIL. — Société de Chirurgie 1876.
- BERNE. — Leçons de Pathologie chirurgicale générale.
- PANAS. — Société de Chirurgie 1880.
- A. MALHERBE. — Recherches sur l'épithéliome calcifié (Archives de Physiologie 1881).
- CELSE. — (Œuvres.
- GALIEN. — Œuvres (Traduction de Georges Daremberg 1856). et *De tumoribus præter naturam*, chapitre V.
- GUY DE CHAULIAC. — Traité II, chapitre IV.
- AMBROISE PARÉ. — Œuvres complètes. Livre V, page 345.
- VAN SWIETEN. — Commentarii in Boerhaave aphorismos. — Tome I, page 3, (Lugdunum Batavorum 1745).
- ASTLEY COOPER. — Surgical Essays (London 1820).
- J. L. PETIT. — Tome I, chapitre Loupes.
- HUNTER. — Leçons sur les principes de la Chirurgie (1786-87).
- DUBOIS. — Traité des Scrofules et des Loupes (1726).
- BLANDIN. — Dictionnaire en 30 volumes (Article Loupes).
- GIRARD. — Lupiologie (1775).
- CHOPPART. — Essai sur les loupes. In mémoires des sujets de prix de l'Académie royale de Chirurgie. Tome IV, page 274 (1708).
- SEDILLOT. — Médecine opératoire. Tome II, page 260.
- DELILLE. — Bulletin de l'Académie de Médecine 1884.
- DUFOUR. — Bulletin de la Société Anatomique 1853.
- ROGNETTA. — Gazette Médicale de Paris 1833. Tome III, page 337.
- LUIGI PORTA. — Dei tumori sebacei. Page 32. (Milano 1756).
- LÉON TRIPIER. — Dictionnaire des Sciences Médicales 1866. Article loupe.
- BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. 1878-79

- FOLLIN. — Traité de Pathologie externe.
NÉLATON. — Traité de Pathologie chirurgicale.
GAUTRELET. — Affection des glandes sébacées (Thèse de Paris 1859).
LEVÉ. — Tumeurs glandulaires (Thèse de Paris 1852).
GARAUDIE. — Des glandes sébacées (Thèse de Paris 1872).
GREUILL. — Thèse de Paris 1872.
MISSET. — Thèse de Paris 1879.
KRAFT-EBING. — Berliner Klinische Wechenschrift 1869.
SARRAZIN. — Dictionnaire des Sciences Médicales.
POZZI. — Société de Chirurgie 1878.

VU BON A IMPRIMER :

Le Président de la thèse,
BERNE.

Le Doyen ,
LORTET.

PERMIS D'IMPRIMER.

Pour le Recteur,
l'Inspecteur délégué.
GAUDIER.

